RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
**DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC**

LES ORIENTATIONS RÉGIONALES EN MATIÈRE DE RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

L'appellation région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec désigne les deux régions administratives 04 et 17.

Conception et mise en page :
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Reproduction totale ou partielle autorisée, avec mention de la source.
Document disponible sur le site WEB de la Régie régionale
http://www.rrsss04.gouv.qc.ca

Dépôt légal – 3e trimestre 1999
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89340-034-5

Les ressources
non institutionnelles
ressemblent à des dériveurs transigeant
avec de gros paquebots, dans une mer
agitée avec des vents changeants.

Le barreur doit surveiller sans cesse
l'environnement à l'affût du moindre
changement des partenaires, des besoins de
la clientèle, des nouvelles politiques.

Les membres de l'équipage
plus près de la base
sont souvent les premiers à percevoir
les solutions et les opportunités.

Comité de pilotage stratégique des RNI,
1997-1999

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

71e assemblée du conseil d'administration
Date : 28 avril 1999
Article CARR-71-08
Résolution CARR-99-24

RÉSOLUTION à l'effet d'adopter les orientations régionales en matière de ressources non institutionnelles

CONSIDÉRANT la résolution CARR-97-85 de la Régie régionale concernant les ressources non institutionnelles et le mandat confié à monsieur Guy D'Anjou, président de ces travaux;

CONSIDÉRANT l'obligation de procéder à l'implantation du cadre de référence des ressources intermédiaires;

CONSIDÉRANT l'importance d'apporter des solutions rapides aux problématiques soulevées;

CONSIDÉRANT la nécessité de transformer le réseau des ressources non institutionnelles pour mieux répondre aux besoins de la population;

CONDÉRANT les quarante-sept avis publics et les vingt organismes entendus en audiences publiques les 2 et 3 février 1999;

CONSIDÉRANT l'analyse faite par le conseil d'administration à la présente assemblée et sous réserve des disponibilités financières,

IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée :
1. De souligner la qualité du processus retenu pour la conduite de ce mandat;
2. De prendre acte du contenu global des travaux;
3. D'adopter les onze recommandations du document «Les orientations régionales des ressources non institutionnelles» faisant partie intégrante de la présente résolution.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

COPIE CONFORME

Le Secrétaire,

Fait à Trois-Rivières
Le 29 avril 1999

Michèle Laroche
Directrice générale

REMERCIEMENTS

Une belle aventure tels les travaux régionaux en regard des ressources non institutionnelles représente tout un défi à relever.

Lors de ma nomination à la présidence du comité de pilotage stratégique, conscient de l'historique des ressources de type familial, des particularités locales, des orientations ministérielles, du plan de transformation de la Régie régionale, d'une émergence de nouveaux besoins de la clientèle du secteur privé et communautaire et de la préoccupation de l'ensemble des acteurs, j'anticipais cette démarche avec certaines interrogations.

Toutefois, une synergie s'installa au fil du temps. Des liens se tissèrent et tous se montrèrent solidaires afin d'atteindre un objectif commun : la réalisation et la présentation d'un rapport au conseil d'administration de la Régie régionale.

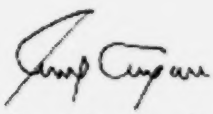
Capitaine de ce grand navire, je félicite et remercie chacun des membres de mon équipage ayant contribué, directement ou indirectement, à aiguiller le bateau à bon port.

Même si cette première étape du voyage s'achève, la prochaine, l'actualisation des travaux régionaux, nécessitera encore de vous tous un bon pied marin.

Alors, officiers, préparez-vous durant cette mise en cale afin de reprendre la mer l'automne prochain.

Merci pour votre engagement!

Le président du comité de pilotage stratégique
en regard des ressources non institutionnelles,



Guy D'Anjou, directeur général
CHSLD du Centre Mauricie

COLLABORATEURS

COMPOSITION DU COMITÉ DE PILOTAGE STRATÉGIQUE

Représentants des établissements :

M. Guy D'Anjou, président CHSLD du Centre Mauricie

M. Pierre Bourassa et M[me] Madeleine Demers	Les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
M[me] Nicole Dallaire	Regroupement Cloutier–du Rivage
M[me] Lucie Gauthier	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
M. Guy Hamel	CHSLD Cœur-du-Québec
M. Jacques Garceau et M. P.-A. Ouellet	Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/ Centre du Québec (CSDI)
M[me] Diane Parent	CLSC du Centre-de-la-Mauricie
M. Alain Ross	Centre de réadaptation InterVal

Représentante des personnes handicapées :

M[me] Louise Beaurivage	Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)

Représentants des ressources non institutionnelles :

M[me] Jocelyne Beaumier et M. Daniel Turcotte	Association des ressources intermédiaires du Québec (ARIHQ)
M[me] Ghislaine Foucault	Association des ressources adultes et personnes âgées du Québec (ARAPAQ)
M[me] Liette L. Lafontaine	Regroupement des associations de résidences d'accueil Mauricie–Bois-Francs (RARA)
M. Richard Maziade	Regroupement des résidences pour retraités du Québec
M. Réal Ménard	Association régionale des familles d'accueil à l'enfance du Centre-du-Québec

Représentant d'un organisme sans but lucratif (représentant des aînés) :

M. Daniel Brouillette	Association québécoise des droits des retraités et des préretraités (AQDR)

Représentants de la Régie Régionale de la santé et des services sociaux :

M[me] Danielle Couture	Groupe Santé physique (en début de mandat)
M. Benoît Villemure	Groupe Santé sociale

Personne support aux travaux régionaux :

M[me] Sylvie Lemay	Comité de pilotage stratégique RNI

COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL

Adéquation/Besoin ressources :

M. Pierre Bourassa	Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre du Québec, porte-parole
M^me^ Marielle Bonin	Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/ Centre-du-Québec (CSDI)
M^me^ Nicole Cossette	Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
M^me^ Lise Gélinas	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
M^me^ Nicole Leblanc	RTF sur le territoire de Nicolet
M^me^ Nicole Paquin	Pavillon des Aînés
M. Alain Ross	Centre de réadaptation InterVal
M^me^ Thérèse Roy	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR)
M^me^ Maryse St-Onge	CLSC-CHSLD Les blés d'or

Équité des ressources financières pour les RTF et les RI :

M. Guy Hamel	CHSLD Cœur-du-Québec, porte-parole
M. Denis Bergeron	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
M. Charles Gentes	Régie régionale de la santé et des services sociaux
M. Gaétan Lamy	Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre du Québec
M. Michel Plante	Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/ Centre du Québec (CSDI)
M. Daniel Turcotte	Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ)

Cadre de référence/ressources privées d'hébergement :

M[me] Liette L. Lafontaine	Regroupement des associations des résidences d'accueil Mauricie–Bois-Francs, membre du comité de pilotage, porte-parole
M. Gérard Ébacher	Association québécoise des droits des retraités et des préretraités (AQDR)
M. Pierre Gauthier	CHSLD de la MRC d'Arthabaska
M[me] Jocelyne E. Leblanc	Mairesse, municipalité de Louiseville
M. Jean Baril et	
M. Jacques Lefebvre	Régie régionale de la santé et des services sociaux
M. Richard Maziade	Regroupement des résidences pour retraités du Québec
M. Rémi Moisan	CLSC-CHSLD de l'Érable

Modèle de gestion pour les RTF et les RI :

M[me] Lucie Gauthier	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie, porte-parole
M[me] Nicole Bouchard	Regroupement Cloutier–du Rivage
M[me] Ghislaine Foucault	ARAPAQ
M. Pierre Lefebvre et	
M. Alain Paquin	Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ)
M[me] Micheline Gauthier	Association régionale des familles d'accueil à l'enfance
M. Benoît Villemure	Régie régionale de la santé et des services sociaux
M[me] Lucie Villemure.	Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/ Centre du Québec (CSDI)

PRÉAMBULE

Les membres du comité de pilotage stratégique à l'égard des ressources non institutionnelles ont adhéré unanimement au slogan *Virage qualité de vie* lors de leur troisième assemblée. Le choix de ce thème signifiait que chacun devait s'efforcer de prendre du recul afin de rendre compte, le mieux possible, de la réalité des ressources non institutionnelles.

Toujours centré sur les besoins de la clientèle, le travail accompli a permis de mettre en lumière un bon nombre des préoccupations actuelles associées à la poursuite de qualité des services des ressources non institutionnelles. À travers les différentes activités des travaux régionaux, une nouvelle dynamique s'est créée et existe désormais dans le réseau. Ainsi, les membres du comité de pilotage stratégique et les quatre groupes de travail partagent maintenant un bagage d'expériences, une meilleure perspective organisationnelle et un vocabulaire commun permettant d'identifier des pistes de qualité endossées unanimement. Le *Virage qualité de vie* a donc pris racine à la base et influencera l'ensemble de l'actualisation des travaux.

Virage qualité de vie devient un cri de ralliement pour l'ensemble des acteurs interpellés afin d'être plus à l'écoute des besoins de la clientèle et de rester ouvert à des solutions nouvelles.

TABLE DES MATIÈRES

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL 5

REMERCIEMENTS 6

COLLABORATEURS 6

COMPOSITION DU COMITÉ DE PILOTAGE STRATÉGIQUE 6
COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL 8

PRÉAMBULE 11

LISTE DES ACRONYMES UTILISÉS DANS CE DOCUMENT 15

INTRODUCTION 17

1. DÉFINITION DES RESSOURCES 19

1.1 RESSOURCE INSTITUTIONNELLE 19
1.2 RESSOURCE NON INSTITUTIONNELLE 19
1.2.1 Les ressources de type familial *20*
1.2.2 La ressource intermédiaire *20*
1.2.3 L'organisme communautaire d'hébergement *21*
1.2.4 La ressource d'habitation privée *21*

2. TRAVAUX RÉGIONAUX À L'ÉGARD DES RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES 23

2.1 CONTEXTE 23
2.2 OBJECTIF GÉNÉRAL 23
2.3 PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS 24
2.4 ORGANISATION DU TRAVAIL 24
2.5 CONSULTATION 25

3. RAPPORT DES GROUPES DE TRAVAIL 27

3.1 ADÉQUATION BESOINS / RESSOURCES D'HÉBERGEMENT 27
3.1.1 Le mandat *27*
3.1.2 La méthodologie et la cueillette de données *27*
3.1.3 Les principaux obstacles à la démarche *28*
3.1.4 Les constats *28*
3.1.5 Les propositions générales *28*
3.1.6 Les propositions liées à la transformation des ressources actuelles *29*
3.1.7 Les propositions liées au développement de nouvelles ressources d'hébergement *30*
3.1.8 Les propositions liées aux procédés cliniques et administratifs *30*
3.1.9 Les propositions liées à la formation des ressources *31*
3.1.10 Quelques propositions selon les programmes clientèles *32*
3.1.12 La réflexion *34*
3.2 ÉQUITÉ DES RESSOURCES FINANCIÈRES POUR LES RTF ET LES RI 35
3.2.1 Le mandat *35*
3.2.2 La modification du mandat initial *35*
3.2.3 La procédure *35*
3.2.4 La méthodologie utilisée *37*
3.2.5 Les constats *47*
3.2.6 Le budget d'hébergement en pavillon *47*
3.2.7 L'étape à venir *49*

3.3 CADRE DE RÉFÉRENCE / RESSOURCES D'HABITATION PRIVÉES 51
3.3.1 Le mandat 51
3.3.2 La situation actuelle 51
3.3.3 La méthodologie pour compiler les ressources d'habitation privées 51
3.3.4 Les résultats de la compilation 52
3.3.5 Le cadre de référence 52
3.3.6 Le rapport sommaire de l'inventaire des résidences privées 54
3.4 MODÈLE DE GESTION POUR LES RTF ET LES RI 55
3.4.1 Le mandat 55
3.4.2 La situation actuelle 55
3.4.3 La situation désirée 56
3.4.4 Les principes directeurs 57
3.4.5 Les hypothèses étudiées 58
3.4.6 Les hypothèses retenues pour la consultation 59
3.4.7 La nouvelle hypothèse suite à la consultation 60
3.4.8 Les recommandations 61
3.4.9 Le modèle de gestion 61
3.4.10 Les rôles et responsabilités actuelles des établissements 62
3.4.11 Les paramètres 63
3.4.12 Les nouveaux rôles et responsabilités des établissements 64
3.4.13 Le système d'information ressources de type familial (SIRTF) 66
3.4.14 Les prochaines étapes 67

4. ORIENTATIONS RÉGIONALES 71

4.1 CONSOLIDATION ET TRANSFORMATION DES RESSOURCES ACTUELLES 71
4.2 DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES RESSOURCES 73
4.3 SUPPORT, ENCADREMENT ET FORMATION 75
4.4 PROCÉDÉS CLINIQUES ET ADMINISTRATIFS 76
4.5 FINANCEMENT 79
4.6 RÉSIDENCES PRIVÉES 83
4.7 NOUVEAUX MODÈLE DE GESTION 85
4.8 SYSTÈME D'INFORMATION RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL (SIRTF) 87
4.9 ORGANISMES SANS BUT LUCRATIF (OSBL) 89
4.10 CONCERTATION 91
4.11 TRANSITION 93

CONCLUSION 95

BIBLIOGRAPHIE 97

ANNEXE I : LISTE DES GROUPES, INDIVIDUS ET ORGANISMES AYANT FAIT PART DE LEURS COMMENTAIRES SUR LES RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES 99

ANNEXE II : DÉFINITIONS POUR CATÉGORISER PAR PROGRAMME CLIENTÈLE 101

LISTE DES ACRONYMES UTILISÉS DANS CE DOCUMENT

ACAPA	Association des centres d'accueil privés autofinancés inc.
AQDR	Association québécoise des retraités et des préretraités
ARAPAQ	Association des ressources adultes et personnes âgées du Québec
ARIHQ	Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et soins et de longue durée
CIC	Centre d'intégration communautaire
CLSC	Centre local de services communautaires
CSDI	Centre de services en déficience intellectuelle
FA	Famille d'accueil
MRC	Municipalité régionale de comté
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
RA	Résidence d'accueil
RARA	Regroupement des associations des résidences d'accueil Mauricie–Bois-Francs
RI	Ressource intermédiaire
RNI	Ressource non institutionnelle
RRRQ	Regroupement des résidences pour retraités du Québec
RTF	Ressource de type familial

INTRODUCTION

Ce rapport expose le processus, la méthode et le résultat des travaux du comité de pilotage stratégique sur les ressources non institutionnelles. Les travaux ont débuté le 18 juin 1997. L'objectif général de la démarche consistait à doter la région d'un modèle d'organisation clinico-administratif plus efficace et plus efficient des ressources non institutionnelles afin de mieux répondre aux besoins actuels et à venir des usagers.

D'abord, le premier chapitre explique ce que sont les ressources d'hébergement institutionnelles et non institutionnelles. Le deuxième chapitre précise la planification des travaux et l'organisation des quatre groupes de travail. Il traite notamment du contexte, du mandat et de l'organisation du travail. Sont aussi abordés dans ce chapitre : les principales considérations, la composition du comité de pilotage stratégique, le plan de travail et la consultation.

Le troisième chapitre résume les rapports des quatre groupes de travail. Les auteurs présentent le mandat, la situation actuelle, la situation désirée, leurs recommandations et aussi les prochaines étapes à venir. Les groupes ont traité des volets suivants : a*déquation besoins / ressources d'hébergement*, *équité des ressources financières pour les RTF et les RI*, c*adre de référence/ressources privées d'hébergement* et m*odèle de gestion pour les RTF et les RI*.

Le comité de pilotage stratégique a fait onze recommandations à la Régie régionale. Le quatrième chapitre définit les décisions officielles du Conseil d'administration de la Régie régionale et les différents défis à relever. Ces orientations ont pour objectifs de transformer certaines ressources existantes et de permettre de développer de nouvelles ressources, de mettre en place des moyens pour améliorer les ressources d'hébergement, d'assurer le financement, de développer des relations harmonieuses avec les organismes communautaires d'hébergement et les organismes à but non lucratif, de définir les relations entre le réseau public et le réseau privé, de favoriser une concertation régionale et de faciliter la transition.

1. DÉFINITION DES RESSOURCES

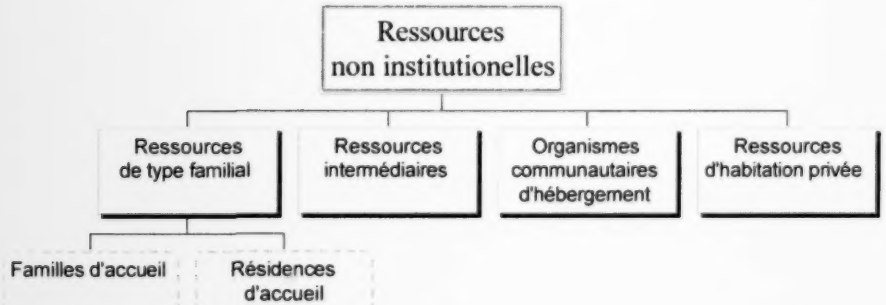
1.1 RESSOURCE INSTITUTIONNELLE

La ressource institutionnelle est définie en tant qu'organisme parapublic, relevant exclusivement du gouvernement et offrant des services d'hébergement d'une façon temporaire ou permanente dans le domaine de la santé et des services sociaux (Ex. : Centre d'hébergement de soin de longue durée, centre hospitalier).

1.2 RESSOURCE NON INSTITUTIONNELLE

La ressource non institutionnelle est une ressource qui n'est pas visée par l'article 79 de la Loi sur la santé et les services sociaux. Elle comprend entre autres les ressources de type familial (RTF), les ressources intermédiaires (RI), les ressources d'habitation privée et les résidences d'hébergement communautaires.

Figure 1
Type d'hébergement dans le programme ressources



1.2.1 Les ressources de type familial

Les ressources de type familial comprennent les familles d'accueil et les résidences d'accueil.

Selon l'article 312 de la loi :

> *« Peuvent être reconnues à titre de famille d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent chez elles au maximum neuf enfants en difficulté qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial. »*

> *« Peuvent être reconnues à titre de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent chez elles au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel. »*

1.2.2 La ressource intermédiaire

La ressource intermédiaire est définie à l'article 302 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux :

> *« Est une ressource intermédiaire, toute personne rattachée à un établissement public qui, afin de maintenir ou d'intégrer à la communauté un usager inscrit à ses services, lui procure, par l'entremise de cette ressource, un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispense des services de soutien ou d'assistance requis par ses conditions.*
>
> *L'immeuble ou le local d'habitation où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire n'est pas réputé être une installation maintenue par l'établissement public auquel la ressource est rattachée, sauf pour l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1) où il est alors considéré comme lieu d'hébergement d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation ».*

L'obtention du statut de ressource intermédiaire oblige donc le respect de chacune des conditions suivantes :

- la ressource est une personne physique ou morale autre qu'un établissement public;
- la ressource est rattachée à un établissement public par un lien contractuel autre que celui de type « employeur-employé »;

- la ressource procure à l'établissement une installation d'hébergement (gîte) et un ou plusieurs services de soutien ou d'assistance lui permettant de maintenir ou d'intégrer ses usagers à la communauté;

- la ressource dispense ses services dans des installations physiques pour lesquelles elle est soit propriétaire ou locataire.

1.2.3 L'organisme communautaire d'hébergement

Un organisme communautaire d'hébergement (OCH) se définit non seulement au plan juridique, mais aussi en rapport à sa mission, son approche et son lien avec les autres composantes du mouvement communautaire autonome. Ainsi, pour être reconnu, un OCH doit :

- Être un OSBL géré par les utilisateurs des services ou des membres communautaires.

- Démontrer une approche communautaire dans sa pratique.

- Répondre à des besoins dont la définition émane de la communauté d'appartenance et y être reconnu.

- Entretenir un lien direct avec sa communauté.[1]

1.2.4 La ressource d'habitation privée

La ressource d'habitation privée se définit comme une ressource d'habitation collective offrant une gamme plus ou moins étendue de services (repas, surveillance, animation, etc.) qui appartient à une personne morale ou physique. Elle n'est pas attachée à un établissement du réseau de la santé et elle peut aussi bien prendre la forme d'une unité locative (appartement, studio, 1_, 2_ ..) que d'une chambre. Elle constitue le lieu de résidence (domicile) choisi par la personne.[2]

---

[1] Définition tiré du *Cadre de référence des organismes communautaires d'hébergement*, Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles et Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal, Novembre 1996.
[2] Proposition pour le cadre de référence sur les orientations ministérielles concernant les résidences privées, ACAPA, octobre 1996.

2. TRAVAUX RÉGIONAUX À L'ÉGARD DES RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES

2.1 CONTEXTE

Le *Plan de transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie–Bois-Francs (1996)* et la *Politique de la santé et du bien-être* réservent une place importante aux ressources permettant une intervention plus souple et près des milieux de vie des personnes.

De plus, la réduction du nombre de lits institutionnels, le virage ambulatoire et la transformation des pratiques concernant le maintien en milieu naturel ont modifié les besoins en hébergement et créent actuellement une pression sur les ressources existantes.

Malgré la régionalisation de la gestion des ressources de type familial et intermédiaires, le réseau dispose de peu d'outils de gestion et de concertation. Par ailleurs, très peu d'orientations et de balises ont été définies par le plan de transformation pour l'organisation des services donnés par ce type de ressources.

Les travaux régionaux des ressources non institutionnelles permettent de mettre en commun les compétences des différents partenaires afin d'évaluer la situation actuelle, de favoriser l'émergence de solutions adaptées et d'ouvrir la porte à une plus grande complémentarité entre les réseaux public, privé et communautaire.

2.2 OBJECTIF GÉNÉRAL

L'objectif général des travaux était de proposer à la Régie régionale un modèle d'organisation clinico-administratif des ressources non institutionnelles plus efficace et plus efficient afin de mieux répondre aux besoins des usagers actuels et à venir.

Les travaux du comité de pilotage stratégique des ressources non institutionnelles englobaient l'analyse des ressources suivantes : les ressources de type familial, les ressources intermédiaires (pavillons, foyers de groupe, etc.) et les ressources d'hébergement communautaires et privées.

2.3 PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS

Tout au long de la démarche, les membres du comité de pilotage stratégique ont considéré les réalités territoriales, l'adéquation entre les besoins et les ressources, l'arrimage entre les réseaux public, privé et communautaire. Ont aussi fait partie de leurs préoccupations : la répartition équitable des ressources, le développement et le redéploiement de celles-ci en tenant compte des gammes de services disponibles par territoire de CLSC.

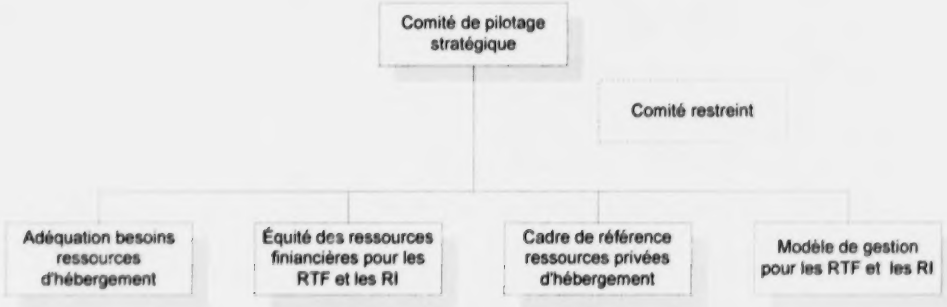
L'organisation des services des ressources non institutionnelles a été évaluée dans le but d'alléger les procédures. Les rôles et les responsabilités des établissements ont été analysés afin d'obtenir une meilleure répartition de l'imputabilité et pour créer un contexte stimulant à l'initiative et à la créativité.

2.4 ORGANISATION DU TRAVAIL

Pour réaliser ces travaux avec succès et initier une démarche de changement, il fallait un engagement des partenaires et, pour cela, la mise en place d'un comité de pilotage stratégique était une condition essentielle. Ce comité a été formé de directeurs généraux, de cadres des établissements et de responsables de ressources.

Les travaux ont été divisés en quatre thèmes et réalisés par quatre groupes de travail. Ces groupes étaient formés habituellement de six personnes (excluant les porte-parole provenant du comité de pilotage stratégique) choisies pour leur expertise. Elles ne représentaient pas les catégories d'établissements d'où elles provenaient.

Figure 2
Organigramme des travaux régionaux RNI



Les groupes de travail n'étaient pas décisionnels. Ils faisaient des propositions au comité de pilotage stratégique. Ce dernier formulait des recommandations à la direction générale de la Régie régionale pour être ensuite acheminées au conseil d'administration de la Régie régionale.

Chaque groupe de travail avait un porte-parole en provenance du comité de pilotage stratégique. Le porte-parole faisait le lien entre son groupe de travail et le comité de pilotage stratégique. Il a apporté au groupe les orientations choisies par le comité de pilotage et favorisé la cohérence entre les productions de son groupe et celles des autres groupes. Il devait aussi informer le comité de pilotage stratégique de l'état d'avancement des travaux.

Un rapport préliminaire a été produit à la fin juin 1998. Il fut déposé à la direction générale de la Régie régionale le 10 novembre 1998 après avoir été adopté par le comité de pilotage stratégique des ressources non institutionnelles le 5 novembre 1998. Ensuite, le rapport final, adopté le 5 mars 1999 par le comité de pilotage stratégique RNI, fut présenté à la direction générale de la Régie régionale le 8 mars 1999, au comité plénier le 10 mars 1999 et finalement déposé au Conseil d'administration de la Régie régionale le 17 mars 1999.

2.5 CONSULTATION

La Régie régionale a invité les organismes, groupes et individus à donner leur avis sur les recommandations issues du comité de pilotage stratégique à l'égard des ressources non institutionnelles contenues dans le rapport préliminaire.

En décembre, plus de 150 documents ont été distribués auprès des différents organismes, syndicats, établissements du réseau, associations, municipalités et autres ministères. Afin de faciliter la cueillette d'information, un questionnaire fut produit à cette fin. La période de consultation s'échelonnait du 8 décembre 1998 au 26 janvier 1999. Une fois cette étape franchie, des audiences publiques furent tenues le 2 et 3 février 1999. Vous trouverez, à l'annexe I, la liste des personnes ayant participé à la consultation.

Le comité chargé de la consultation a reçu 47 mémoires, dont 20 demandes d'audition publique. Quatre éléments importants sont ressortis de cet exercice : les impacts financiers, le modèle d'organisation clinico-administratif, une préoccupation syndicale au sujet de la perception de la privatisation et une volonté des organismes communautaires de se dissocier de la démarche.

Ensuite, le comité de pilotage stratégique à l'égard des ressources non institutionnelles a fait la synthèse de l'ensemble des questionnaires et des mémoires et a formulé des recommandations au conseil d'administration de la Régie régionale.

3. RAPPORT DES GROUPES DE TRAVAIL

3.1 ADÉQUATION BESOINS / RESSOURCES D'HÉBERGEMENT

3.1.1 Le mandat

Le mandat de ce groupe de travail consistait à produire une analyse des besoins actuels et à venir en fonction des différents programmes clientèles; produire un portrait des ressources publiques : RTF, pavillons, organismes communautaires; mesurer l'écart entre les besoins actuels et émergents et les ressources actuelles et finalement définir la gamme de ressources d'hébergement à mettre en place par programme clientèle sur chacun des territoires.

3.1.2 La méthodologie et la cueillette de données

Dénombrement et compilation des ressources d'hébergement par programme clientèle sur la base des données existantes et recueillies. Cette compilation a nécessité l'analyse et le classement des données fournies par les établissements traiteurs. Des contacts auprès des établissements gestionnaires, des établissements utilisateurs de ressources, de la Régie régionale, d'organismes communautaires et autres organismes furent aussi réalisés pour valider ou compléter l'information de base obtenue. La période de référence couverte par cette compilation se situe entre septembre 1997 et février 1998.

Validation continue auprès du comité de pilotage stratégique sur les ressources non institutionnelles.

Identification des besoins futurs recueillis pendant l'étape de la compilation.

Analyse des données recueillies et des besoins exprimés dans une perspective globale (régionale, par programme clientèle et par territoire de CLSC).

Élaboration du rapport du groupe de travail et présentation d'un rapport synthèse au comité de pilotage stratégique pour étude et acceptation.

Recommandations soumises au comité de pilotage stratégique.

3.1.3 Les principaux obstacles à la démarche

Il fut impossible d'obtenir des données sur le nombre d'usagers qui pourraient être pris en charge par des ressources plus légères dans les CHSLD et les CH. Par conséquent, il est difficile de planifier les besoins de développement de nouvelles ressources. De plus, les pratiques professionnelles et les philosophies d'intervention ne furent l'objet d'aucune cueillette structurée de données.

Les données disponibles en fonction des problématiques ne traduisent pas une réalité équivalente à un portrait par programme clientèle. Un exercice de concordance a nécessité plus de temps que prévu et, compte tenu de la contrainte des échéanciers, le temps pour l'analyse a été réduit.

L'ampleur des besoins identifiés a posé un problème au groupe de travail sur la façon de rédiger le rapport. Pour une compréhension plus approfondie des dimensions ci-après présentées le lecteur est invité à consulter le rapport complet du groupe de travail. Ce document décrit l'ensemble des besoins par programme clientèle. Il présente les recommandations liées à chacun de ces programmes.

3.1.4 Les constats

Après la compilation des différentes données il fut constaté les points suivants : une inégalité du nombre des RTF et des RI par territoire de CLSC; une pénurie de ressources pour les différents programmes clientèles; des problèmes reliés à la gestion des mécanismes d'accès aux ressources; peu de développement des ressources pour certains besoins spécifiques de la clientèle; une concentration par programme clientèle des ressources sur certains territoires de CLSC

3.1.5 Les propositions générales

L'ensemble des propositions retenues par le groupe de travail et entérinées par le comité de pilotage stratégique sont regroupées dans les quatre grandes catégories suivantes :

- La transformation des ressources actuelles;
- Le développement de nouvelles ressources;
- Les procédés cliniques et administratifs;
- La formation des ressources d'hébergement.

Cette section présente un aperçu global de l'ensemble des propositions du groupe de travail *Adéquation besoins / ressources d'hébergement*. Pour en savoir davantage, le lecteur aura intérêt à consulter le rapport complet intitulé : « *Portrait et synthèse des besoins des ressources non institutionnelles*, Rapport final du groupe de travail *Adéquation besoins / ressources d'hébergement* 1998 ».

3.1.6 Les propositions liées à la transformation des ressources actuelles

Ces propositions visent principalement la *consolidation* et l'*amélioration* des ressources non institutionnelles. Une plus grande *diversité* et une plus grande *spécialisation* des ressources à l'intérieur du même programme clientèle sont des facteurs de qualité jugés indispensables par le groupe de travail. De plus, l'homogénéité de la clientèle à l'intérieur de la même ressource et l'application de *hauts standards de qualité des services* représentent des cibles prioritaires.

La consolidation des ressources existantes réfère à des objectifs de maintien des bases budgétaires actuellement consenties ou de réallocation budgétaire d'optimisation de places actuellement disponibles tout en préservant la qualité des services, les orientations du Ministère et de la Régie régionale pour chacun des programmes clientèles et finalement la rigueur dans les jumelages. Quant à la transformation des ressources, que ce soit pour les ressources de type familial ou pour les pavillons, les propositions indiquent une transformation d'un certain nombre de ces ressources actuelles en ressources intermédiaires. Cette transformation impliquera de nombreux enjeux en regard de l'application du cadre de référence sur les ressources intermédiaires.

Avec cette consolidation ou transformation des ressources non institutionnelles se pose toute la question des services dispensés et des standards de qualité. Les ressources devront être de plus en plus spécialisées afin de répondre à des besoins de plus en plus spécifiques et complexes. En ce sens, des propositions touchant l'identification de critères et de standards de qualité, de formation, de programmes ou moyens permettant la spécialisation des ressources sont mises de l'avant. Il va de soi que l'actualisation de ces dernières propositions devra se distinguer en fonction des particularités des programmes clientèles et refléter un consensus régional qui laisse place aux choix locaux.

3.1.7 Les propositions liées au développement de nouvelles ressources d'hébergement

Cette série de propositions est dans la continuité des précédentes. En effet, selon les besoins exprimés, il apparaît évident que la consolidation et la transformation de ressources existantes ne seront pas suffisantes pour assurer une réponse adéquate à l'ensemble des besoins. Les propositions visent donc à offrir une gamme de ressources nouvelles, diversifiées, mieux adaptées aux différents besoins, complémentaires et en quantité suffisante.

Les propositions de développement réfèrent d'abord aux ressources de type familial et aux ressources intermédiaires. Ce développement vise aussi à assurer une équité en fonction des territoires de CLSC. En effet, selon l'approche choisie par le comité de pilotage stratégique, chaque territoire de CLSC devra être en mesure d'offrir à la population une gamme de ressources non institutionnelles suffisantes, par programme clientèle.

Le placement des usagers en RTF et en RI est lié à la désinstitutionnalisation, au virage ambulatoire et au maintien en milieu naturel. C'est pourquoi, le développement de ces types de ressources apparaît nécessaire pour compléter le réseau existant. De plus, les besoins concernant la qualité des services et la mise en place de standards de qualité sont aussi jugés essentiels.

Ce développement concerne également certains usagers qui trouvent une réponse à leurs besoins d'hébergement dans la communauté. Les besoins supplémentaires d'hébergement spécialisé sont nécessaires par programme clientèle et aussi, en priorité, pour certaines problématiques, notamment, le sida et l'autisme.

3.1.8 Les propositions liées aux procédés cliniques et administratifs

Les propositions regroupées dans cette partie visent deux objectifs majeurs, c'est-à-dire l'amélioration des mécanismes de coordination des services et la garantie aux usagers d'un niveau optimal dans la qualité des ressources.

En regard des mécanismes de coordination des services, voici les propositions suggérées par le groupe de travail :

La concertation régionale :

> L'hébergement étant défini par programme clientèle, mais organisé en fonction des territoires de CLSC, il apparaît essentiel que les diverses applications référant à l'hébergement à l'intérieur d'un même programme fassent l'objet d'une concertation.

L'utilisation optimale des ressources :

> Un mécanisme de coordination devra s'assurer, par territoire de CLSC, qu'il y ait concordance, arrimage et complémentarité entre les

programmes cliniques existant et la gamme des ressources. La consolidation du programme « répit-dépannage », l'augmentation du maintien en milieu naturel, la réponse au virage ambulatoire sont des exemples en ce sens.

Les mécanismes d'accès :

La simplification et l'accélération dans les procédures concernant l'accès aux ressources dans chacun des programmes et la recherche d'instruments moins onéreux et plus performants pour évaluer la situation des usagers apparaissent nécessaires par tous. Plus spécifiquement, l'instrument nommé « CTMSP » devrait être remplacé, sans pour autant perdre les dimensions positives liées à cet instrument.

Le partenariat :

L'amélioration du partenariat entre la ressource, l'intervenant, les usagers et les autres collaborateurs impliqués dans le cadre d'un plan d'intervention est identifiée comme un objectif important. La mise en place d'un modèle d'organisation des services le moins complexe possible et l'identification de balises claires sur le partage des rôles et des responsabilités représentent des moyens qui permettraient la réalisation de cette proposition.

Concernant la qualité des ressources, le groupe de travail fait les propositions suivantes :

La qualité des services :

Il ressort la nécessité de réévaluer les ressources actuelles, de trouver des mécanismes permettant de supporter les améliorations physiques requises des diverses ressources existantes et enfin de les convertir dans des formules diversifiées et mieux adaptées aux besoins des usagers.

Les politiques administratives :

Certaines propositions mettent en évidence la nécessité d'élaborer des politiques afin d'adapter certaines normes et pratiques concernant les ressources. À cet égard, il est notamment question de normes concernant les lieux physiques, de normes administratives et de fonctionnement, de détermination du nombre de places accréditées en fonction de balises à convenir, de cadres de référence pour l'évaluation des ressources et pour l'évaluation continue, de paramètres minimaux pour l'exercice d'une supervision et d'un support approprié à la ressource.

3.1.9 Les propositions liées à la formation des ressources

Des besoins nouveaux et plus complexes ajoutés à la transformation des pratiques du réseau obligent à revoir la formation des ressources. Des propositions sont émises en ce sens.

La première proposition majeure consiste à développer une philosophie commune et une approche spécifique en fonction des programmes clientèles. Cette philosophie s'avère déterminante pour répondre aux besoins de la clientèle et des ressources. Elle s'inscrit donc dans les orientations actuelles et à venir du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie régionale eu égard à chacun des programmes clientèles. Tout projet de formation spécifique doit s'appuyer sur cette philosophie. Il en va de même du développement de la pratique concernant les ressources par programme clientèle.

La deuxième proposition s'inscrit dans la même perspective et vise la mise en place de programmes de formation adaptés et souples dans chacun des programmes clientèles. Cela n'exclut pas la possibilité d'examiner ce qui est commun à tout type de ressources. Par programme de formation, il faut comprendre un programme de base initial et un programme de formation continue.

3.1.10 Quelques propositions selon les programmes clientèles

Afin de donner une perspective plus juste de la diversité des besoins des usagers par programme clientèle, cette partie présente quelques-unes des propositions liées à ces besoins et vise à améliorer la qualité du service offert. Elles ne présentent toutefois pas l'ensemble des propositions rattachées au programme concerné. Enfin, leur identification pour les fins du présent document ne présume aucunement de leur priorité par rapport aux autres propositions.

Déficience intellectuelle :

- développement des places en lien avec la transformation du Centre l'Aubier et de l'Hôpital St-Julien; développement des RI et conversion des RTF en RI;
- maintien de la base budgétaire actuelle.

Enfance-jeunesse-famille :

- maintien de la base budgétaire actuelle;
- développement des mesures alternatives au placement par la transformation de places.

Déficience physique / volet adulte :

- résidence d'accueil ayant un milieu de vie stimulant;
- mise sur pied de ressources adaptées aux besoins dans chacun des territoires en se rapprochant le plus possible d'un milieu de vie *normalisant.*

Déficience physique / volet enfance :

- fonds régional permettant de supporter les transformations des lieux physiques souvent requis pour répondre aux besoins de la clientèle;
- limitation de la capacité d'accueil des ressources à trois places.

Âgés / perte d'autonomie (résidence d'accueil) :

- allégement du processus d'inscription et mise sur pied d'un système d'évaluation plus simple, en remplacement de la CTMSP;
- développement équitable sur chaque territoire de CLSC.

Âgés / perte d'autonomie (pavillon) :

- utilisation optimale des places disponibles;
- mise en place de programmes de subventions visant l'amélioration des aspects esthétiques et fonctionnels des pavillons.

Santé physique / soins palliatifs :

- développement de places en ressources plus légères, de type RTF ou RI;
- développement de programmes structurés en soins palliatifs, à domicile, avec équipe multidisciplinaire formée pour répondre aux besoins et supporter les aidants naturels.

Santé physique / convalescence perte d'autonomie :

- prévision de places de transition pour le passage du CH vers le CHSLD;
- développement de places pour répondre à de nouvelles réalités telles : chirurgie d'un jour, post-hospitalisation, perte d'autonomie transitoire.

Santé mentale :

- développement ou transformation de ressources spécialisées en santé mentale (RTF, RI ou pavillons);
- reconnaissance de la résidence d'accueil comme ressource de transition pour répondre aux besoins d'intégration et de réinsertion de la clientèle et adapter le mode de rémunération.

Alcoolisme / Toxicomanie :

- référence au comité mis sur pied par la Régie régionale concernant les orientations et choix en terme d'hébergement.

Autisme (problématique) :

- reconnaissance du caractère spécifique de l'autisme et financement de places d'hébergement en conséquence;
- reconnaissance et consolidation du projet actuel d'hébergement de transition sur la Rive-Nord et reproduction de ce projet sur la Rive-Sud.

Violence conjugale (problématique) :

- référence au comité de travail existant à la Régie régionale;
- développement des services de suivi par les ressources existantes.

SIDA (problématique) :

- augmentation du nombre de places d'hébergement.

3.1.12 La réflexion

Ce rapport synthèse donne un aperçu des propositions générales et spécifiques aux programmes clientèles. Il précise l'ampleur des travaux de transformation concernant les ressources non institutionnelles. Beaucoup plus exhaustif, le rapport final du groupe de travail comprend soixante-sept pages, plus de soixante-dix propositions se rattachant aux programmes clientèles et bien d'autres. Pour les acteurs concernés de près, cette lecture permettra de constater qu'une analyse approfondie de l'ensemble des propositions est nécessaire en vue d'une prise de décision éclairée.

Le groupe de travail estime que l'application de l'ensemble des propositions émanant de ce rapport représente une tâche colossale. En effet, cette application ne pourra se faire entièrement sans une transformation de certaines pratiques, le développement de nouvelles valeurs et l'injection de crédits supplémentaires. Aussi, penser, organiser et gérer les ressources non institutionnelles par programme clientèle et par territoire de CLSC interpellent chacun des acteurs concernés à une dynamique nouvelle de partenariat. Bref, elle implique une modification des cultures chez tous les acteurs concernés.

En terminant cette partie du rapport, les membres du comité *Adéquation besoins / ressources d'hébergement* trouvent important de rappeler, qu'au même titre que ceux du comité de pilotage stratégique, ces travaux ont été réalisés dans le souci constant de demeurer centré sur les besoins de la clientèle.

3.2 *ÉQUITÉ DES RESSOURCES FINANCIÈRES POUR LES RTF ET LES RI*

3.2.1 Le mandat

Le mandat de ce groupe de travail consistait à déterminer les critères d'équité dans une optique globale de gamme de services en fonction des besoins des différentes clientèles et des réalités territoriales; produire une analyse des modalités actuelles de financement des ressources RTF et RI; identifier les écarts de financement selon les critères d'équité; élaborer des scénarios de réallocation pour le financement des ressources.

3.2.2 La modification du mandat initial

Le mandat initial a dû être modifié en cours de route en raison de différents éléments. D'abord, le groupe de travail a recherché des critères d'équité à travers les documents disponibles issus du plan de transformation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Il existe des critères d'équité seulement pour les activités d'hébergement du programme clientèle « Personnes âgées en perte d'autonomie ».

La Régie régionale a signifié au groupe de travail que la définition des critères d'équité relève de sa responsabilité. De plus, elle l'a informé de son changement de stratégie concernant la définition des critères d'équité. Au lieu de définir des critères par activité (ex. : l'hébergement), la Régie régionale s'oriente pour définir des critères par programme clientèle, c'est-à-dire pour l'ensemble des différentes activités reliées à chaque programme clientèle. L'activité d'hébergement se fond donc dans l'ensemble des activités d'un programme clientèle donné. Selon la Régie régionale, cela permettra plus de souplesse dans le choix des types de réponse aux besoins des clientèles visées (ex. : développer des services de maintien à domicile plutôt que des ressources d'hébergement).

Le modèle de gestion des RTF et RI qui sera choisi par la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec entraînera certains transferts de fonds d'un établissement à l'autre. Il devenait donc impératif de tenter d'identifier quelles parties du budget RTF et RI sont attribuées aux différents programmes clientèles et les gestionnaires ayant actuellement la responsabilité de gérer ce budget.

Ce faisant, le groupe de travail a réalisé la deuxième partie de son mandat. Les trois autres objectifs devenaient impossible à réaliser en raison de l'absence de critères d'équité au sujet de l'hébergement en ce qui concerne les programmes clientèles autres que celui des personnes âgées en perte d'autonomie.

3.2.3 La procédure

Au cours de notre démarche, les membres du groupe de travail ont rencontré certaines difficultés reliées aux données disponibles. Dans un premier temps, le CSDI et les Centres jeunesse ont fourni les informations concernant l'utilisation des budgets RTF à partir des données recueillies auprès des établissements gestionnaires.

Les données informatisées sont issues du cadre de catégorisation des services dispensés par les RTF. Elles sont classées par problématique et ne correspondent pas toujours aux différents programmes clientèles définis par la Régie régionale.

PROBLÉMATIQUES		PROGRAMMES CLIENTÈLES
Besoins de protection sociale	⇨	*Aucun programme correspondant*
Mésadaptation sociale	⇨	*Aucun programme correspondant*
Problèmes multiples	⇨	*Aucun programme correspondant*
Problème de santé mentale	⇨	Santé mentale
Problème de santé physique	⇨	Santé physique
Déficience sensorielle	⇨	Déficience physique
Déficience motrice	⇨	Déficience physique
Déficience intellectuelle	⇨	Déficience intellectuelle
Aucune problématique correspondante	⇨	Personnes âgées en perte d'autonomie
Aucune problématique correspondante	⇨	Alcoolisme et toxicomanie
Aucune problématique correspondante	⇨	Enfance-jeunesse-famille

Considérant que la Régie régionale s'oriente vers un financement par programme clientèle, le groupe de travail a dû identifier le nombre de personnes placées en RTF correspondant aux différents programmes clientèles. Or, les données fournies par les Centres jeunesse et le CSDI ne permettent pas de réaliser cet exercice de façon précise. Toutefois, en se référant aux définitions de clientèles fournies par la Régie régionale (annexe 2) et aux listes informatiques en provenance des Centres jeunesse et du CSDI, il fut possible d'identifier pour l'année 1996-1997 des coûts moyens par programme clientèle qui sont représentatifs.

3.2.4 La méthodologie utilisée

- classement des RTF par territoire de CLSC;
- classement des usagers par programme clientèle et territoire de CLSC.

Dans un premier temps, chaque établissement gestionnaire, à partir de la liste des déboursés fournie par les Centres jeunesse et le CSDI couvrant le mois de février 1998, a identifié le nombre de résidents suivis par les professionnels qui relèvent de :

- la santé mentale (0-110 ans);
- la déficience intellectuelle (0-110 ans);
- Centres jeunesse (0-17 ans et les 18-20 ans fréquentant toujours l'école);
- CHSLD (ou CLSC le cas échéant) qui assument le suivi des âgés et adultes en perte d'autonomie, non inclus dans les trois programmes précédents.

Dans un deuxième temps, le groupe de travail a distingué dans la dernière catégorie les personnes âgées de 65 ans et plus et de 64 ans et moins.

En se servant de la liste des personnes de 64 ans et moins, les intervenants responsables du suivi de ces résidents consultaient le dossier de chaque personne afin de la classer dans un programme particulier (ex. : toxicomanie, santé mentale, etc.). Les personnes qui présentaient des problématiques multiples étaient donc classées en fonction de l'élément qui justifie le placement en RTF (ex. : une personne adulte qui est sourde, qui n'a qu'une seule main, qui a un déficit cognitif très important devait être classée dans le programme personnes âgées en perte d'autonomie).

Finalement, chaque gestionnaire a présenté un tableau proportionnel des dépenses reliées à l'hébergement en RTF par territoire de CLSC et par programme clientèle. Les situations particulières ont été signalées par les établissements gestionnaires. Cet exercice exclut les Centres jeunesse et le Centre de services en déficience intellectuelle considérant qu'ils ont une vocation régionale.

Tableau 1
Dépenses d'hébergement en RTF par programme clientèle
pour les territoires Drummond, Nicolet-Yamaska et Les blés d'or

Établissement gestionnaire	CHSLD Cœur-du-Québec			Complexe Nicolet Yamaska					
Territoire de CLSC	Drummond			Nicolet-Yamaska			Les blés d'or		
	Nombre d'usagers	Pourcentage d'usagers	Pourcentage des dépenses	Nombre d'usagers	Pourcentage d'usagers	Pourcentage des dépenses	Nombre d'usagers	Pourcentage d'usagers	Pourcentage des dépenses
Personnes âgées :									
Âgés	49			43			3		
Adultes	2			2					
Réadaptation									
TOTAL	51	36%	25%	45	51%	43%	3	3%	4,5%
Santé mentale :									
Âgés	12			5					
Adultes	63			19			8		
Réadaptation									
TOTAL	75	53%	61%	24	27%	31%	8	9%	11%
Déficience intellectuelle :									
Âgés	1			2					
Adultes	7			4			3		
Réadaptation									
TOTAL	8	6%	7%	6		6%	3	3%	4%
Déficience physique :									
Âgés	0								
Adultes	3								
Réadaptation									
TOTAL	3	2%	3%	0					
Alcoolisme-toxicomanie :									
Âgés	1								
Adultes	3								
Réadaptation									
TOTAL	4	3%	4%						
Itinérance :									
Âgés	1								
Adultes									
Réadaptation									
TOTAL	1								
Autres :									
Âgés									
Adultes									
Réadaptation									
TOTAL	0								
GRAND TOTAL	142	100%	100%	75	78%	80%	14	15%	19,5%

Tableau 2
Dépenses d'hébergement en RTF par programme clientèle
pour les territoires Suzor-Coté et de l'Érable

Établissement gestionnaire	CHSLD de la MRC d'Arthabaska					
Territoire de CLSC	Suzor-Coté			De l'Érable		
	Nombre d'usagers	Pourcentage d'usagers	Pourcentage des dépenses	Nombre d'usagers	Pourcentage d'usagers	Pourcentage des dépenses
Personnes âgées :						
Âgés				8		
Adultes	21					
Réadaptation	5					
TOTAL	26	23%	17%	8	7%	4%
Santé mentale :						
Âgés	1					
Adultes	69			5		
Réadaptation						
TOTAL	70	61%	66%	5	4%	4%
Déficience intellectuelle :						
Âgés						
Adultes	3			1		
Réadaptation						
TOTAL	3	3%	4%	1	1%	2%
Déficience physique :						
Âgés						
Adultes	1					
Réadaptation						
TOTAL	1	1%	2%			
Alcoolisme-toxicomanie :						
Âgés						
Adultes						
Réadaptation						
TOTAL						
Itinérance :						
Âgés						
Adultes						
Réadaptation						
TOTAL						
Autres :						
Âgés						
Adultes						
Réadaptation						
TOTAL						
GRAND TOTAL	100	88%	89%	14	12%	10%

Tableau 3
Dépenses d'hébergement en RTF par programme clientèle
pour les territoires Haut Saint-Maurice, Centre-de-la-Mauricie et Normandie

Établissement gestionnaire	CSSS de la Saint-Maurice			CHSLD du Centre-Mauricie					
Territoire de CLSC	Haut-Saint-Maurice			Centre-de-la-Maurice			Normandie		
	Nombre d'usagers	Pourcentage d'usagers	Pourcentage des dépenses	Nombre d'usagers	Pourcentage d'usagers	Pourcentage des dépenses	Nombre d'usagers	Pourcentage d'usagers	Pourcentage des dépenses
Personnes âgées :									
Âgés	13			44			1		
Adultes	7								
Réadaptation	1								
TOTAL	21	61.76%	51.5%	44	19.30%	14.78%	1	0.4%	0.34%
Santé mentale :									
Âgés	2			21			2		
Adultes	6			105			1		
Réadaptation	1								
TOTAL	9	29.41%	40.1%	126	55.02%	57%	3	1.3%	1.07%
Déficience intellectuelle :									
Âgés	0			5			1		
Adultes	1			28			1		
Réadaptation	0								
TOTAL	1	2.94%	3.7%	33	14.47%	16%	2	0.9%	0.96%
Déficience physique :									
Âgés				1					
Adultes				6					
Réadaptation									
TOTAL				7	3.07%	4%			
Alcoolisme-toxicomanie :									
Âgés	1			4			1		
Adultes	1			4					
Réadaptation									
TOTAL	2	5.88%	4.7%	8	3.5%	4%	1	0.4%	0.34%
Itinérance :									
Âgés									
Adultes									
Réadaptation									
TOTAL									
Autres :									
Âgés									
Adultes	1			3					
Réadaptation									
TOTAL	1			3	1.3%				
GRAND TOTAL	34	100%	100%	221	96.66%	95.78%	7	3%	2.7%

Tableau 4
Dépenses d'hébergement en RTF par programme clientèle pour les territoires Les Forges, Du Rivage et Des Chenaux[1]

Établissement gestionnaire	Regroupement Cloutier-du Rivage								
Territoire de CLSC	Les Forges			Du Rivage			Des Chenaux		
	Nombre d'usagers	Pourcentage d'usagers	Pourcentage des dépenses	Nombre d'usagers	Pourcentage d'usagers	Pourcentage des dépenses	Nombre d'usagers	Pourcentage d'usagers	Pourcentage des dépenses
Personnes âgées :									
Âgés									
Adultes									
Réadaptation									
TOTAL			35.42%			6.66%			2.85%
Santé mentale									
Âgés									
Adultes									
Réadaptation									
TOTAL			36.6%			12.09%			0.31%
Déficience intellectuelle									
Âgés									
Adultes									
Réadaptation									
TOTAL			1.58%						0.26%
Déficience physique									
Âgés									
Adultes									
Réadaptation									
TOTAL			3.01%						
Alcoolisme-toxicomanie									
Âgés									
Adultes									
Réadaptation									
TOTAL			1.22%						
Itinérance									
Âgés									
Adultes									
Réadaptation									
TOTAL									
Autres									
Âgés									
Adultes									
Réadaptation									
TOTAL									
Grand total			77.83%			18.75%			3.42%

[1] En avril 1999, le Regroupement Cloutier-du Rivage sera en mesure de fournir les statistiques en provenance des usagers (1998-1999)

Tableau 5
Dépenses d'hébergement en RTF par programme clientèle pour le territoire Valentine Lupien

Établissement gestionnaire	RSSS Maskinongé		
Territoire de CLSC	Valentine-Lupien		
	Nombre d'usagers	Pourcentage d'usagers	Pourcentage des dépenses
Personnes âgées :			
Âgés	52		
Adultes	6		
Réadaptation			
TOTAL	58	46%	37.8%
Santé mentale :			
Âgés	8		
Adultes	38		
Réadaptation	1		
TOTAL	47	37.6%	42.3%
Déficience intellectuelle :			
Âgés	5		
Adultes	11		
Réadaptation	0		
TOTAL	16	12.80%	16.20%
Déficience physique :			
Âgés	3		
Adultes	1		
Réadaptation			
TOTAL	4	3.20%	3.70%
Alcoolisme-toxicomanie :			
Âgés			
Adultes			
Réadaptation			
TOTAL			
Itinérance :			
Âgés			
Adultes			
Réadaptation			
TOTAL			
Autres :			
Âgés			
Adultes			
Réadaptation			
TOTAL			
GRAND TOTAL	192	100%	100%

Tableau 6
Répartition du budget RTF au 28 février 1998
Les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Programme clientèle	Catégorie d'âge	Places (En équivalence temps plein)	Pourcentage du budget
Enfance-Jeunesse-Famille :			
Groupe d'âge	00-04 ans	82	
	05-11 ans	205	
	12-15 ans	187	
	16-17 ans	144	
	18-21 ans	7	
	réadaptation		
			98,02%
Santé mentale :			
Groupe d'âge	00-04 ans	0	
	05-11 ans	0,4	
	12-15 ans	0,2	
	16-17 ans	2	
	18-21 ans	0	
	réadaptation		
			0,47%
Déficience intellectuelle :			
Groupe d'âge	00-04 ans	0	
	05-11 ans	1,2	
	12-15 ans	0,4	
	16-17 ans	0	
	18-21 ans	0	
	réadaptation		
			0,24%
Déficience physique :			
Groupe d'âge	00-04 ans	0,2	
	05-11 ans	1,2	
	12-15 ans	2,4	
	16-17 ans	2,8	
	18-21 ans	0	
	réadaptation		
			1,26%

Tableau 7

Répartition du budget RTF par
territoire de CLSC
Centre de services en déficience intellectuelle
au 28 février 1998

Clientèle adulte, âgée et réadaptation								
Territoires de CLSC	**CLSC de l'Érable**		**CLSC Suzor Coté**		**CLSC Drummond**		**CLSC Les blés d'or**	
Programme clientèle	Nombre d'usagers	% du budget	Nombre d'usagers	% du budget	Nombre d'usagers	% du budget	Nombre d'usagers	% du budget
Déficience intellectuelle	74	98,90 %	74	99,10 %	71	98,40 %	12	100%
Mésadaptation sociale			1	0,90%				
Santé mentale	1	1,10%						
Déficience physique					1	1,6%		
Protection sociale								

Enfance et réadaptation								
Territoires de CLSC	**CLSC de l'Érable**		**CLSC Suzor Coté**		**CLSC Drummond**		**CLSC Les blés d'or**	
Programme clientèle	Nombre d'usagers	% du budget	Nombre d'usagers	% du budget	Nombre d'usagers	% du budget	Nombre d'usagers	% du budget
Déficience intellectuelle	3	100%	5	100%	4	100%	2	100%
Mésadaptation sociale								
Santé mentale								
Déficience physique								
Protection sociale								

Tableau 8

Répartition du budget RTF par
territoire de CLSC
Centre de services en déficience intellectuelle
au 28 février 1998

Clientèle adulte, âgée et réadaptation								
Territoires de CLSC	**CLSC Nicolet-Yamaska**		**CLSC Valentine-Lupien**		**CLSC Les Forges**		**CLSC Des Chenaux**	
Programme clientèle	Nombre d'usagers	% du budget	Nombre d'usagers	% du budget	Nombre d'usagers	% du budget	Nombre d'usagers	% du budget
Déficience intellectuelle	43	99%	37	98%	105	100%	7	100%
Mésadaptation sociale								
Santé mentale			1	1,8%				
Déficience physique								
Protection sociale	1	1%						

Enfance et réadaptation								
Territoires de CLSC	**CLSC Nicolet-Yamaska**		**CLSC Valentine-Lupien**		**CLSC Les Forges**		**CLSC Des Chenaux**	
Programme clientèle	Nombre d'usagers	% du budget	Nombre d'usagers	% du budget	Nombre d'usagers	% du budget	Nombre d'usagers	% du budget
Déficience intellectuelle	1	41,8%	2	100%	6	100%		
Mésadaptation sociale								
Santé mentale								
Déficience physique								
Protection sociale	1	58,2%						

Tableau 9

Répartition du budget RTF par
territoire de CLSC
Centre de services en déficience intellectuelle
Au 28 février 1998

Clientèle adulte, âgée et réadaptation								
Territoires de CLSC	**CLSC Du Rivage**		**CLSC Normandie**		**CLSC du Centre-de-la-Mauricie**		**CLSC du Haut St-Maurice**	
Programme clientèle	Nombre d'usagers	% du budget	Nombre d'usagers	% du budget	Nombre d'usagers	% du budget	Nombre d'usagers	% du budget
Déficience intellectuelle	58	100%	NIL		71	96%	22	100%
Mésadaptation sociale								
Santé mentale					2	2,7%		
Déficience physique					1	1,3%		
Protection sociale								

Enfance et réadaptation								
Territoires de CLSC	**CLSC Du Rivage**		**CLSC Normandie**		**CLSC du Centre-de-la-Mauricie**		**CLSC du Haut St-Maurice**	
Programme clientèle	Nombre d'usagers	% du budget	Nombre d'usagers	% du budget	Nombre d'usagers	% du budget	Nombre d'usagers	% du budget
Déficience intellectuelle	5	100%	NIL		8	100%		
Mésadaptation sociale								
Santé mentale								
Déficience physique								
Protection sociale								

3.2.5 Les constats

Les pourcentages obtenus par programme clientèle ne représentent qu'une partie des sommes dépensées et ne correspondent pas à l'utilisation globale des budgets RTF.

Puisque les résultats sont issus des données traitées et fournies par les Centres jeunesse et le CSDI, ils ne tiennent pas compte des projets spéciaux et des activités gérées directement par chacun des établissements gestionnaires et certains établissements utilisateurs.

Les coûts générés par l'intervention des professionnels tant au niveau du suivi des résidents que de la ressource elle-même ne sont pas comptabilisés.

Il existe, dans certains cas, des différences significatives entre les données fournies par les Centres jeunesse et le CSDI basées sur les problématiques et celles obtenues par la démarche de classification par programme clientèle.

3.2.6 Le budget d'hébergement en pavillon

Au sujet des pavillons, la Régie régionale détenait les informations concernant les budgets attribués par programme clientèle. Il était possible de fournir des données en terme de répartition des budgets.

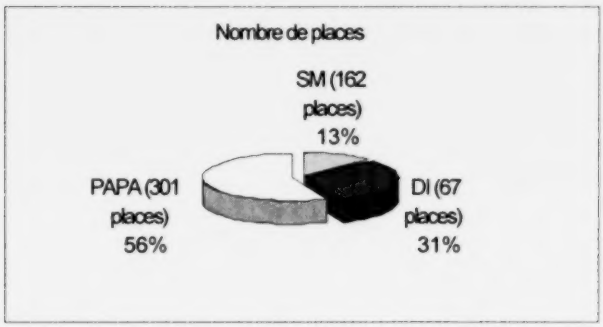
Comme la mixité des clientèles dans les différents pavillons est très marginale, les proportions obtenues demeurent significatives et ne nécessitent aucun autre type de classement.

Tableau 10
Répartition budgétaire des pavillons
Exercice financier 1997-1998

Nom du pavillon	Gestionnaires	Territoire de CLSC	Places au permis	Budget révisé sur une base annuelle		
				Prix/jour	Personnel de soutien	Contribution adulte hébergé
Pavillon Beauregard	CHSLD Reg. Mékinac/des Chenaux	Des Chenaux	14[1]	150 796,00 $	27 802,00 $	114 170,00 $
Résidence Linteau	CHSLD Centre-Mauricie	Centre-de-la-Mauricie	18[1]	193 881,00 $	40 151,00 $	146 790,00 $
Pavillon Valmont	Regroupement Cloutier-du Rivage	Centre-de-la-Mauricie	18[1]			
Pavillon Marie-Reine des cœurs	CHSLD Cœur-du-Québec	Drummondville	19[1]	570 871,00 $	108 058,00 $	432 214,00 $
Villa du Boisé	CHSLD Cœur-du-Québec	Drummondville	34[1]			
Pavillon familial des Bois-Francs	CHSLD de la MRC d'Arthabaska	Suzor-Coté	36[1]	872 463,00 $	166 696,00 $	660 555,00$
Résidence Élizabeth	CHSLD de la MRC d'Arthabaska	Suzor-Coté	17[1]			
Foyer Le Repos	CHSLD de la MRC d'Arthabaska	Suzor-Coté	28[1]			
Pavillon Bolduc	CLSC-CHSLD De l'Érable	De l'Érable	15[1]	161 567,00 $	8 578,00 $	94 800,00 $
Pavillon La Cathédrale	CHSLD Le Trifluvien	Les Forges	18[1]	193 881,00 $	40 150,00 $	146 790,00 $
Pavillon Laviolette	Regroupement Cloutier-du Rivage	Les Forges	29[1]	1 098 657,00 $	210 551,00 $	831 811,00 $
Pavillon Nazareth	Regroupement Cloutier-du Rivage	Du Rivage	24[1]			
Pavillon des aînés	Regroupement Cloutier-du Rivage	Du Rivage	31[1]			
	CH du Centre-de-la-Mauricie		162[2]	1 744 926,00 $	1 006 158,00 $	217 900,00 $
Houle	Hôpital St-Julien		26[3]	280 050,00 $	47 128,00 $	
Dion	CSDI		41[3]	441 617,00 $	112 287,00 $	50 100,00 $

[1] Programme clientèle personnes âgées en perte d'autonomie
[2] Programme clientèle santé mentale
[3] Programme clientèle déficience intellectuelle

Tableau 11
Pourcentage des budgets des pavillons
selon les programmes clientèles
de la Mauricie et du Centre-du-Québec



3.2.7 L'étape à venir

Prochainement, la Régie régionale se propose d'appliquer la répartition budgétaire pour les RTF et les RI par programme clientèle en tenant compte du nouveau modèle de gestion qu'elle aura choisi.

Les données recueillies dans le cadre des présents travaux seront utiles en vue de cette nouvelle répartition incluant les RTF et les pavillons.

Il est toutefois difficile de comparer les données obtenues concernant les pavillons avec celles des RTF puisque ces derniers représentent des pourcentages de *dépenses* par programme clientèle alors que celles des pavillons représentent des pourcentages de *l'ensemble du budget* par programme clientèle.

En vue de corriger cette situation, la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec se propose de répartir les budgets des résidences d'accueil (RA) en fonction des pourcentages de dépenses obtenus par programme clientèle.

Tableau 12
Ressources de type familial - résidences d'accueil
Sommaire des coûts par programme et par territoire

Territoires	Personnes âgées	Santé mentale	Déficience intellectuelle	Déficience physique	Alcoolisme Toxicomanie	Itinérance et Autres	TOTAL	% par territoire
Haut St-Maurice	38 638	30 085	2 776		3 526		75 025	1,71
Normandie	3 035	9 552	8 570		3 035		24 192	0,55
Centre-de-la-Mauricie	131 936	505 963	145 058	35 171	33 921	16 425	868 474	19,74
Les Forges	561 695	580 408	25 056	47 733	19 347		1 234 239	28,05
Du Rivage	105 615	191 725					297 340	6,76
Des Chenaux	45 196	4 916	4 123				54 235	1,23
Maskinongé	162 126	181 427	69 483	15 870			428 906	9,75
Nicolet-Yamaska	156 951	113 380	23 099				293 430	6,67
Les blés d'or	16 421	41 418	13 648				71 487	1,62
Drummond	145 806	355 767	39 659	18 080	20 996	2 916	583 224	13,26
Suzor-Coté	80 863	311 342	20 697	9 668			422 570	9,60
De l'Érable	19 195	19 805	7 744				46 744	1,06
TOTAL	**1 467 477**	**2 345 788**	**359 913**	**126 522**	**80 825**	**19 341**	**4 399 866**	**100,00**
% par programme	**33,35**	**53,31**	**8,18**	**2,88**	**1,84**	**0,44**	**100,00**	

En se référant au tableau 12, l'absence de critères d'équité oblige présentement la Régie régionale à maintenir le statu quo sur la distribution des budgets.

La Régie régionale informe le groupe de travail que l'équité sera établie ultérieurement. Comme il a été précisé précédemment, elle sera basée sur un ensemble d'activités par programme incluant l'hébergement.

Finalement la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec a consulté les établissements concernés afin de valider l'ensemble des données relatives aux hébergements en ressources de type familial par programme clientèle. Les nouvelles données seront la base de la répartition équitable des budgets par programme clientèle.

3.3 CADRE DE RÉFÉRENCE / RESSOURCES D'HABITATION PRIVÉES

3.3.1 Le mandat

Le mandat de ce groupe de travail consistait à mettre à jour l'inventaire régional des ressources d'habitation privées produit en 1994; analyser les cadres de référence existants (document du MSSS, Régie de Québec, etc.); proposer un cadre de référence régional; proposer un plan d'action pour l'application du cadre de référence.

3.3.2 La situation actuelle

Il existe un réseau d'au moins deux cent quatre-vingt-dix-neuf (299) ressources d'habitation privées dans la région. Ces résidences sont à but lucratif pour la plupart d'entre elles et constituent par conséquent une activité commerciale. Les services offerts peuvent être dispensés par le personnel de la résidence, par des personnes de l'extérieur rémunérées à l'acte ou par des intervenants du réseau. Celles-ci accueillent des personnes ayant de plus en plus besoin de services de santé et de services sociaux. Elles peuvent fournir, en plus du gîte et du couvert, d'autres services pouvant aller de la simple assistance aux services de soins médicaux et infirmiers.

À l'automne 1997, le groupe de travail a fait un inventaire afin de répertorier le nombre de résidences privées et les services dispensés.

3.3.3 La méthodologie pour compiler les ressources d'habitation privées

À partir du formulaire d'inscription des données de 1994, le groupe de travail a préparé un nouveau formulaire qui est envoyé à tous les directeurs de CLSC. Ceci permet de faire l'inventaire des ressources privées pour personnes âgées en date de décembre 1997;

Grâce au recrutement fait par les organismes communautaires et le CIC, plus de 50 ressources privées hébergeant de la clientèle en santé mentale ont été aussi rejointes. Les onze CLSC ont participé à cet inventaire.

3.3.4 Les résultats de la compilation

- compilation : 299 ressources d'habitation privées incluant les ressources privées en santé mentale;
- 7152 places ont été répertoriées sur les territoires 04 et 17;
- taux d'occupation de 79,66%;
- 11/50 (22%) des résidences privées en santé mentale retournent leur questionnaire;
- 263/299 (87,95%) des résidences privées pour personnes âgées signalent que leurs résidents ont des besoins particuliers;
- 268/299 (89,63%) sont à but lucratif;
- 109/299 (36,45%) des résidences privées signalent avoir au moins une personne qui est sous curatelle, tutelle ou ayant un mandataire;
- 191/299 (63,87%) des résidences privées se sont développées depuis 1990;
- 184/299 (49,49%) des résidences ont 9 places et moins.
- 77% de la clientèle a plus de 75 ans, 18% entre 65-74 ans, 3% entre 50 et 64 ans et finalement 2% de cette clientèle a entre 18 et 49 ans.

3.3.5 Le cadre de référence

D'abord, le groupe de travail a identifié quelques constats : le développement des ressources privées s'est fait sans concertation avec le réseau privé; les services de maintien à domicile s'avèrent insuffisants; les critères de placement dans le réseau public sont longs à évaluer, ce qui favorise le placement vers les ressources d'habitation privées. Ensuite, les membres du groupe se sont donné comme objectif de viser à réduire et à éliminer les risques d'abus, de violence et de négligence.

Après avoir étudié les cadres de référence de différentes provenances, les membres du groupe de travail ont élaboré un cadre de référence régional. Ce document fut adopté lors de la quatorzième assemblée du comité de pilotage stratégique RNI tenue le 5 juin 1998.

La consultation tenue du 8 décembre 1998 au 26 janvier 1999 a apporté des éléments nouveaux dont il faut tenir compte :

- Une résidence privée a demandé de clarifier les services que les CLSC sont disposés à offrir à des personnes âgées vivant en hébergement privé.
- Un regroupement de personnes âgées s'est montré très préoccupé par la mise en place d'une structure pour la prévention des abus et a renouvelé sa demande afin que s'accélère le traitement des plaintes.
- Plusieurs organismes se sont dit préoccupés par les résidences d'habitation de neuf personnes et moins.
- Un association était d'avis que la Régie régionale devrait déterminer les niveaux de perte d'autonomie des personnes pouvant être hébergées en résidences privées.

À partir des différents commentaires reçus lors de la consultation, le comité de pilotage stratégique RNI a bonifié le cadre de référence présenté au conseil d'administration de la Régie régionale, lors des assemblées du 17 mars et du 28 avril 1999. Suite à cette présentation, la Régie demandait au comité de pilotage stratégique RNI de mener des travaux en lien avec les orientations du *Plan de consolidation*, qui vise à définir et à établir un système d'agrément en collaboration avec le milieu municipal et les associations de résidences privées.

La prochaine étape du groupe de travail sera donc de produire le plan d'action.

3.3.6 Le rapport sommaire de l'inventaire des résidences privées

Tableau 13
Répartition des résidences privées
sur les territoires

MRC	Territoire de CLSC	Nom du CLSC	Nombre de résidences (par territoire de CLSC)	Nombre de places (par territoire de CLSC)
Arthabaska	Suzor-Coté	CLSC Suzor-Coté	27	1128
Bécancour	Les blés d'or	CLSC-CHSLD Les blés d'or	13	492
Centre-Mauricie	Centre-de-la-Mauricie	CLSC du Centre-de-la-Mauricie	79	1353
De Francheville	Les Forges	CLSC Les Forges	41	1502
De Francheville	Du Rivage	Regroupement Cloutier du-Rivage	32	569
Drummond	Drummond	CLSC Drummond	22	902
Érable	De l'Érable	CLSC-CHSLD de l'Érable	17	362
Haut Saint-Maurice	Haut Saint-Maurice	Carrefour de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice	5	44
Maskinongé	Valentine-Lupien	Regroupement de la santé et des services sociaux de la MRC de Maskinongé	20	212
Mékinac	Mékinac Des-Chenaux	CLSC Vallée de la Batiscan	19 10	203 125
Nicolet-Yamaska	Nicolet-Yamaska	Complexe Santé et Services sociaux Nicolet-Yamaska	14	260
			299	7152

3.4 MODÈLE DE GESTION POUR LES RTF ET LES RI

3.4.1 Le mandat

Pour ce groupe de travail, le mandat consistait à analyser et proposer de nouvelles modalités administratives pour la gestion des RTF et des RI dans une optique d'allégement des procédures et de décentralisation des responsabilités; analyser et proposer une nouvelle répartition des rôles et responsabilités entre les établissements gestionnaires et les établissements utilisateurs de même qu'entre les établissements et la Régie régionale; à partir des contrats types, proposer des mécanismes de transformation de l'offre de services des RTF et des RI en fonction des nouveaux besoins de la clientèle; faire les liens et considérer l'implantation du nouveau système d'informatisation des ressources de type familial (SIRTF).

3.4.2 La situation actuelle

Présentement, il existe neuf établissements gestionnaires et deux établissements traiteurs. Sept de ces neuf établissements étaient, avant la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, des CHSLD qui desservaient la plupart des programmes clientèles sauf pour le réseau jeunesse et le réseau de la déficience intellectuelle. Ces neuf établissements gestionnaires sont actuellement sous le vocable suivant :

- Regroupement Cloutier-du Rivage;
- CHSLD du Centre Mauricie;
- Carrefour de la santé et des services sociaux de la Saint-Maurice;
- Regroupement de la santé et des services sociaux de la MRC de Maskinongé;
- Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska;
- CHSLD Cœur-du-Québec;
- CHSLD de la MRC d'Arthabaska;
- Les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec;
- Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie / Centre-du-Québec.

Pour des raisons historiques, l'organisme Les Centres jeunesse agit à titre d'établissement traiteur pour huit des établissements gestionnaires. Le Centre de services en déficience intellectuelle étant à la fois gestionnaire et traiteur de son propre réseau.

Les orientations ministérielles et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec obligent le réseau de la santé à revoir son organisation de services et à redéfinir son mode de pratique. Le principe majeur qui guide ces changements est *l'institutionnalisation comme ultime recours*, c'est-à-dire lorsque les besoins de la clientèle nécessitent un traitement spécialisé 24 heures/7 jours par semaine.

Aux difficultés vécues des établissements autant gestionnaires qu'utilisateurs s'ajoute une nouvelle pression qui est de maintenir la personne dans des ressources plus légères offrant une qualité de service qui répond mieux à ses besoins évolutifs.

Ces principales difficultés peuvent se résumer ainsi :

- la mixité de la clientèle desservie par plusieurs établissements gestionnaires;
- la non adéquation entre les ressources, se traduisant par une prolongation de l'hospitalisation ou le placement dans une RNI plus ou moins conforme aux besoins ou aux attentes de la personne;
- l'absence d'une concertation territoriale coordonnée;
- l'absence d'imputabilité financière-clinique des établissements utilisateurs;
- l'écart financier entre l'offre et la demande se concrétisant parfois par des moratoires;
- l'absence de variété dans la gamme de services résidentiels;
- le développement plutôt traditionnel des ressources d'hébergement;
- l'absence de lignes directrices ou de programmes conjoints concernant les clientèles multiproblématiques;
- la répartition historique des enveloppes budgétaires;
- la lourdeur administrative des mécanismes d'accès ainsi que la réglementation des RTF-Pavillons;
- le vide administratif concernant l'évaluation systématique du degré de satisfaction de la clientèle.

3.4.3 La situation désirée

La situation désirée est balisée par six principes directeurs qui ont fait l'objet d'une analyse et d'une interprétation consensuelle.

3.4.4 Les principes directeurs

PRINCIPES DIRECTEURS	INTERPRÉTATIONS CONSENSUELLES
1. Placer les besoins de la clientèle au centre de nos préoccupations	• Clientèle à besoins multiples • Décloisonnement - Centration sur les besoins de la clientèle • Approche bio-psycho-sociale
2. Offrir la gamme la plus complète possible de services pertinents de qualité suffisante et accessibles sur une plage horaire étendue	• Autonomie des établissements - Gestion souple des mécanismes d'accès et de distribution des services • Diversification des RNI • Processus continu d'évaluation de la qualité
3. Avoir une gamme de ressources résidentielles graduées, diversifiées et complémentaires pour répondre à l'ensemble des besoins	• Soins/services de qualité pour toute la clientèle • Le bon service au bon moment et pour le temps nécessaire
4. Assurer une accessibilité aux services peu importe où vit la personne	• Acteurs « qui se parlent » : les établissements, les intervenants, les proches, les ressources, les résidents, etc. • Respect du choix du milieu de vie du résident dans la mesure du possible
5. Avoir recours à l'hébergement institutionnel seulement lorsque les autres formes d'aide ou d'hébergement dans des ressources plus légères ne permettent pas de répondre aux besoins de la personne	• Efficience - efficacité : Évaluation et soutien aux ressources • Saine gestion des ressources humaines et financières • Autonomie de la personne et diminution des durées de séjour • Milieu le plus près possible du milieu de vie naturel de la personne dans une perspective de la normalisation des programmes et des services choisis
6. Les ressources financières doivent suivre la clientèle interprogrammes, interétablissements, par sousrégions et interrégions	• Rééquilibrer le budget selon les besoins des personnes identifiées dans les différents programmes clientèles • Budget défini par programme clientèle • Dans une perspective de la normalisation des programmes et des services choisis, réinvestissement dans la communauté des marges de manœuvre générées par la transformation du réseau de la santé et des services sociaux • Les ressources financières doivent suivre la clientèle en fonction des besoins et services à l'exception de la clientèle du programme Enfance-Jeunesse-Famille

3.4.5 Les hypothèses étudiées

Des neuf hypothèses présentées au comité de pilotage stratégique, trois sont retenues comme modèle de gestion clinico-administratif pour fin de consultation.

Ces trois hypothèses structurales correspondent aux principes directeurs déjà mentionnés mais obligent aussi une redéfinition des rôles et des responsabilités des différents établissements.

HYPOTHÈSES		Répond aux six principes directeurs
I	Regroupement des services ressources Deux établissements gestionnaires	Non
II	Regroupement par régions administratives Deux établissements gestionnaires	Non
III	Regroupement par programme clientèle Sept établissements gestionnaires	Non
IV	Regroupement par territoire de CLSC Onze établissements gestionnaires	Non
V	Regroupement par territoire de MRC Dix établissements gestionnaires	Non
VI	Statu quo Neuf établissements gestionnaires	Non
VII	Regroupement par profil de clientèle Quatre établissements gestionnaires	Oui
VIII	Regroupement par profil de clientèle Six établissements gestionnaires	Oui
IX	Regroupement par profil de clientèle Cinq établissements gestionnaires	Oui

3.4.6 Les hypothèses retenues pour la consultation

Le tableau suivant illustre ces trois hypothèses qui ont comme assise un regroupement par profil de la clientèle.

Profil-clientèle	Établissement gestionnaire			Établissement utilisateur
	Hypothèse VII	Hypothèse VIII	Hypothèse IX	
Déficience intellectuelle	CSDI	CSDI	CSDI	CSDI CH (Pédopsychiatrie) InterVal CLSC
Enfance-Jeunesse -Famille	Les Centres Jeunesse	Les Centres Jeunesse	Les Centres jeunesse	Centres jeunesse CH (Pédopsychiatrie) InterVal Domrémy CLSC
Santé physique Personnes âgées en perte d'autonomie Déficience physique	CHSLD	Deux CHSLD*	Deux CHSLD*	CH InterVal CHSLD CLSC
Santé mentale Autisme Alcoolisme et Toxicomanie	CH CHCM (Santé mentale)	Deux CH*	CH CHCM (Santé mentale)	Domrémy CH InterVal CLSC
Nombre d'établissements gestionnaires	4	6	5	Suivi des usagers par le CLSC en période de dépannage

* Répartition équitable sur le territoire.

3.4.7 La nouvelle hypothèse suite à la consultation

Profil-clientèle	Établissement gestionnaire	Établissement utilisateur*	
	Hypothèse X	Avec budget (*Hébergement et suivi professionnel*)	Sans budget (*Suivi professionnel seulement*)
Déficience intellectuelle Autisme	CSDI	CSDI	CH (Pédopsychiatrie) InterVal CH psychiatrique
Enfance-Jeunesse-Famille	Les Centres jeunesse	Les Centres jeunesse	Domrémy CH (Pédospychiatrie) InterVal
Santé physique Personnes âgées en perte d'autonomie Déficience Physique	CHSLD avec mission hébergement	CHSLD avec mission hébergement	CH InterVal
Santé mentale Alcoolisme et toxicomanie	CH CHCM (Santé mentale)	CHCM	InterVal Domrémy

* Le CLSC assume le suivi des usagers en hébergement en période de dépannage.

Tout au long des travaux, le groupe est unanime à privilégier seulement un établissement traiteur pour la région 04-17. Ce point sera repris et explicité à l'item 5.5 concernant le système d'information SIRTF (Système d'information ressources de type familial).

De plus, certaines recommandations ont été émises pour assurer le succès de cette réorganisation. Ces recommandations dictent aussi les assises permettant de clarifier les rôles et les responsabilités des différents acteurs concernés.

3.4.8 Les recommandations

- Prévoir des mesures de protection des enveloppes budgétaires par programme clientèle, par territoire, par mission.
- Prévoir des mécanismes de concertation interétablissements particulièrement entre les établissements gestionnaires et les établissements utilisateurs.
- Assurer l'équité des enveloppes budgétaires par programme clientèle.
- Prévoir des mécanismes de concertation visant l'équité professionnelle et le partage des ressources humaines,
- S'assurer d'une politique efficace et efficiente dans le transfert des usagers intrarégionaux et interrégionaux.

3.4.9 Le modèle de gestion

Le rationnel des modèles de gestion proposés dans la section « situation désirée » s'appuie sur les avantages suivants :

1. bonne connaissance des besoins de la clientèle;
2. meilleure adéquation entre l'offre et la demande;
3. masse critique suffisante;
4. meilleure complémentarité au niveau des programmes clientèles;
5. assurance du développement dans la diversité et l'innovation de la gamme des services résidentiels;
6. respect des particularités locales avec complémentarité régionale;
7. plus grande accessibilité;
8. cohérence et cohésion dans les politiques et procédures;
9. meilleure circulation de l'information;
10. sentiment d'appartenance des ressources envers l'établissement gestionnaire;
11. meilleure offre réelle à l'usager;
12. responsabilité clinique partagée;
13. plus d'efficience et plus d'efficacité (services intégrés);
14. gestion administrative simplifiée;
15. complémentarité d'expertise;
16. cohésion–philosophie–approche;
17. concertation du milieu facilitée;
18. meilleures interrelations entre les partenaires;
19. cohésion dans les normes administratives;
20. respect de la réalité socioculturelle;
21. meilleur sentiment d'appartenance des intervenants;
22. meilleure concertation, philosophie d'intervention respectant les orientations de chacun des programmes clientèles;
23. plus d'imputabilité de l'établissement face aux personnes de son programme clientèle.

3.4.10 Les rôles et responsabilités actuelles des établissements

Pour les établissements gestionnaires (CHSLD-Centres jeunesse-CSDI)

Sans contredit, être établissement gestionnaire actuellement représente tout un enjeu. Il a la possibilité d'assumer de faire face à un déficit budgétaire, de décréter un moratoire, de guerroyer sporadiquement pour conserver son équilibre budgétaire, de devenir « juge et partie » des priorités de développement des ressources non institutionnelles ou de s'arracher les cheveux pour trouver des fonds de tiroir afin d'actualiser des projets pilotes marginaux mais incontournables.

En outre, ces établissements doivent gérer tous les aspects juridiques tels que les plaintes des usagers, le traitement des mésententes, faire le recrutement, l'évaluation, la signature du contrat, le jumelage, la supervision professionnelle, la formation des RNI, la réévaluation et la mise à jour des dossiers. Les intervenants ressources qui assument ces responsabilités avec tout le professionnalisme qu'on leur reconnaît et avec tout le support de leurs directions n'arrivent pas nécessairement à réaliser un travail intégrant les différents aspects de leurs tâches. De plus, en ce qui concerne particulièrement le réseau des RA rattachées au CHSLD, la gestion se complexifie compte tenu de la mixité des programmes clientèles desservis.

Avec ces brefs commentaires, il est d'ores et déjà inconcevable de conserver le statu quo. Qui voudrait être un établissement gestionnaire dans les conditions actuelles?

Pour les établissements utilisateurs

Malgré la bonne volonté des établissements gestionnaires, les établissements utilisateurs sont souvent pris entre l'arbre et l'écorce. Des RNI se développent parfois au gré de l'alliance établie entre les partenaires sans nécessairement avoir une vision globale des besoins évolutifs de la clientèle. Les établissements utilisateurs subissent les fluctuations de l'équilibre et du déséquilibre budgétaire pouvant par analogie se comparer parfois au jeu de la bourse. Des insatisfactions s'installent concernant les processus professionnels, insatisfactions justifiées et faciles à avancer par les établissements utilisateurs car ceux-ci ne se sentent pas imputables et interpellés directement dans ces différents processus.

Pour la Régie régionale

En plus d'assumer les rôles et les responsabilités dévolus dans la Loi de la santé et des services sociaux, la Régie régionale est souvent sollicitée à jouer un rôle « d'arbitre » ou de « négociateur ».

Réglant des litiges interréseaux cas par cas, tout en respectant l'autonomie des établissements, le système reproduit annuellement ses problèmes, ses litiges et

ses incohérences. En effet, nous pourrions penser que d'une année à l'autre, seuls les noms ont été changés. Sans entente à l'amiable, la Régie régionale se doit de concilier avec un système parfois cloisonné, fractionné et ceci malgré les nombreuses initiatives de réseau souvent considérées au mieux comme « marginales » ou « controversées ».

3.4.11 Les paramètres

Les modèles de gestion retenus précisent et engendrent une redéfinition des rôles et des responsabilités des différents établissements dont les éléments prioritaires sont :

- partenariat à réinventer;
- établissement de mécanismes de concertation interétablissements particulièrement entre les établissements gestionnaires et utilisateurs et investissement conjoint au niveau financier;
- équité des enveloppes budgétaires par programme clientèle;
- mécanismes de concertation visant l'équité professionnelle et le partage des ressources humaines;
- suivi clinique – ressources par programme clientèle;
- établissement d'une politique efficace et efficiente dans le transfert des usagers intrarégionaux et interrégionaux.

Les principes directeurs retenus émergent du plan de transformation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (Décisions 1996), mais l'interprétation effectuée par le comité de pilotage stratégique reflète des préoccupations majeures telles que :

- acteurs « qui se parlent »;
- préoccupations à répondre à la clientèle à besoins multiples /décloisonnement;
- gestion souple;
- soins/services de qualité pour toute la clientèle;
- diversification des RNI;
- budget à rééquilibrer selon les besoins de la clientèle, budget par programme clientèle;

- réinvestissement dans la communauté des marges de manœuvre générées par la transformation du réseau;

- imputabilité des établissements par programme clientèle.

Ces paramètres dictent les assises redéfinissant les rôles et les responsabilités des différents partenaires.

3.4.12 Les nouveaux rôles et responsabilités des établissements

De la Régie régionale de la santé et des services sociaux :

- Établir les modalités d'accès aux services (art.304;314,355).

- Préciser les critères de reconnaissance des RI et RTF et les reconnaître (art.304-314).

- Identifier les établissements publics de sa région qui peuvent recourir aux RI et RTF (art.304-314).

- S'assurer de la mise en place et du fonctionnement des mécanismes de concertation entre les établissements gestionnaires et les RI et les RTF (art.304-314).

- Allouer aux établissements visés les sommes nécessaires au paiement des RI et RTF conformément aux taux de rétribution applicables (art.304-314).

- Maintenir un fichier de ces ressources par type de clientèle (art.304-314).

- Statuer que l'état permanent qui prédomine en regard du besoin d'hébergement de la personne soit la condition qui détermine le réseau d'hébergement de la clientèle multiproblématique.

- Répartir l'enveloppe budgétaire par programmes clientèles et par territoire pour le programme personnes âgées en perte d'autonomie, selon les indices de besoins.

- Veiller à ce que les établissements visés par l'accès à une même ressource se concertent quant au suivi professionnel et au paiement de la ressource.

- Assumer les frais d'honoraires professionnels d'un service de contentieux possédant une expertise dans le domaine des RTF et RI durant une cause en support aux établissements gestionnaires.

- Établir, pour l'ensemble des clientèles, en collaboration avec la Conférence des régies régionales, une politique et des mécanismes de transferts d'usagers interrégionaux et ce, pour tout programme clientèle.

- Établir une protocole type prévoyant les niveaux de responsabilités des établissements gestionnaires et utilisateurs.

Des établissements gestionnaires :

(Ceux qui assument les coûts d'hébergement et le suivi professionnel des ressources)

- Signer un protocole avec l'établissement utilisateur prévoyant le partage des responsabilités des établissements gestionnaires et utilisateurs.
- Établir avec les établissements utilisateurs, leur contribution à leur réalisation des activités de recrutement, d'évaluation, de réévaluation et de la mise à jour des dossiers RI et RTF.
- Assumer la responsabilité de l'accréditation des ressources et de la signature des contrats tout en veillant à l'application de ces ententes contractuelles.
- S'assurer de l'actualisation d'un processus continue d'évaluation des besoins de la clientèle.
- Mettre en place un processus d'évaluation du degré de satisfaction de la clientèle.
- S'assurer du respect des critères de qualité.
- S'assurer que l'établissement utilisateur respecte ses rôles et ses responsabilités qui le lient au protocole d'entente.
- Appliquer les directives de la Régie régionale concernant les clientèles multiproblématiques.
- Gérer le traitement des litiges en s'associant avec les établissements utilisateurs.
- S'assurer d'un développement équitable de ressources résidentielles à même l'enveloppe budgétaire prévue par programme clientèle, par territoire de CLSC, en fonction des indices de besoin.
- Gérer l'enveloppe budgétaire attribuée à la formation des personnes rattachées aux ressources et des intervenants.

Des établissements utilisateurs :

(Ceux qui assument le suivi professionnel de la clientèle hébergée)

- Déterminer annuellement les besoins de la clientèle selon les différents programmes clientèles/territoire de CLSC.

- Établir avec les différents partenaires concernés les priorités territoriales en tenant compte de sa mission et de l'attribution de l'enveloppe budgétaire.

- Établir avec l'établissement gestionnaire un programme de formation continue pour garantir et développer l'expertise acquise par programme clientèle.

- Se conformer aux directives de la Régie régionale concernant les clientèles multiproblématiques.

- Réinvestir dans son programme clientèle les marges de manœuvre générées par l'ensemble de sa gestion pour actualiser sa mission tout en contribuant à l'assainissement des dépenses publiques.

- Respecter et appliquer les modalités de suivi professionnel telles que définies par le protocole établi entre l'établissement gestionnaire et l'établissement utilisateur.

- Assumer la gestion des plaintes des usagers et présenter un rapport annuel à l'établissement gestionnaire.

- Signer et respecter le protocole d'entente convenu avec l'établissement gestionnaire.

- Participer au processus d'évaluation continue de la qualité.

- Participer au processus de sélection des ressources.

3.4.13 Le système d'information ressources de type familial (SIRTF)

Les objectifs du système ressources de type familial (SIRTF) sont les suivants :

Étape I :

- Gérer une banque de postulants au niveau de l'établissement;
- Gérer les offres de services des postulants, à partir de l'accueil téléphonique jusqu'à la réponse finale, au terme des étapes d'évaluation prévues dans le guide d'orientation de la pratique professionnelle en matière de RTF;
- Gérer le suivi des activités de supervision des RTF;
- Gérer les demandes de placement des usagers en RTF;
- Fournir en tout temps la liste des demandes de placement (usagers en attente, demandes refusées, désistements, etc.);
- Fournir en tout temps la liste des places disponibles;

- Produire à chaque mois et pour chaque RTF un relevé détaillé illustrant tous les paiements dus et payés à celle-ci en vertu des modalités du contrat;
- Permettre l'interrogation sur demande des détails des paiements par RTF/établissement/modalité du contrat/période/année;
- Être relié au système financier de l'établissement gestionnaire pour le paiement des RTF.

Étape II :

- Fournir en tout temps le suivi de jumelage et de placement des usagers en RTF;
- Gérer une fiche de données de chaque usager en RTF afin de faciliter le jumelage en cas de déplacement de celui-ci;
- Gérer le suivi des communications avec les intervenants responsables du suivi des usagers et permettre de relancer ceux-ci au besoin.

Donc sommairement, ce système multi-établissements, multisites et multi-utilisateurs a sept fonctions :

- Gérer les usagers.
- Gérer les ressources intermédiaires et de type familial.
- Gérer le placement des usagers.
- Préparer les paiements des ressources.
- Effectuer les transactions comptables.
- Gérer les fins de période et les rapports financiers.
- Gérer les données de pilotage.

La mise en place d'un technocentre régional permettrait de regrouper en un même lieu les ressources techniques (serveurs – logiciels de base, équipements de télécommunication) et les ressources humaines (personnel de support fonctionnel, technique et d'exploitation).

La Régie régionale 04-17 a assisté à une séance d'information en date du 15 mai 1998 concernant ce système et après explication au comité de pilotage des RNI, celui-ci recommande l'achat et l'actualisation du SIRTF et demande à la Régie régionale d'investir les sommes nécessaires pour créer le technocentre et la mise en place de l'inforoute socio-sanitaire.

3.4.14 Les prochaines étapes

Les membres du groupe de travail se sont réunis à multiples reprises au cours de la dernière année pour, dans un premier temps, s'apprivoiser sur les modes de fonctionnement actuels, intégrer le mandat et s'entendre sur un processus de travail structuré.

Dans un deuxième temps, avec l'appui du comité de pilotage stratégique des ressources non institutionnelles, les membres du groupe de travail ont élaboré les

principes directeurs et analysé en toute objectivité l'ensemble des hypothèses concernant le modèle clinico-administratif.

Avec les hypothèses proposées et l'évolution technologique, les rôles et les responsabilités des différents acteurs sont à réinventer. À partir de certains paramètres et des principes directeurs retenus dans le plan de transformation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie-Bois-Francs (Décisions 1996) le groupe de travail recommande de nouveaux rôles et opte pour la mise en place du système d'information de type familial (SIRTF) qui peut aussi s'appliquer aux ressources intermédiaires (RI).

Une nouvelle histoire est à créer et le groupe de travail escompte obtenir l'opinion de tous les acteurs concernés pour bonifier le travail effectué qui est le fruit d'une réflexion empreinte de neutralité et centrée sur les besoins de la clientèle.

4. ORIENTATIONS RÉGIONALES

4.1 CONSOLIDATION ET TRANSFORMATION DES RESSOURCES ACTUELLES

CONSIDÉRANT l'évolution dans la pratique professionnelle et les modifications de l'offre des services;

CONSIDÉRANT l'alourdissement et les besoins de plus en plus complexes et multiples de la clientèle;

CONSIDÉRANT la nécessité de consolider et d'améliorer les ressources actuelles;

CONSIDERANT la nécessité de disposer de ressources plus diversifiées;

CONSIDÉRANT les tendances vers une homogénéité de la clientèle à l'intérieur d'une même ressource et l'application de hauts standards de qualité des services, dans la perspective des orientations du Ministère et de la Régie régionale,

Lors des assemblées du conseil d'administration des 17 mars et 28 avril 1999 (CARR-69) la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec a adopté la résolution suivante :

CONSOLIDATION ET TRANSFORMATION DES RESSOURCES ACTUELLES

- D'assurer la réévaluation de la gamme des ressources actuelles par territoire et par programme clientèle, selon les besoins évolutifs;

- De consolider ou de transformer, s'il y a lieu, en fonction de la masse critique et dans la mesure du possible, certaines de ces ressources en collaboration avec les propriétaires RTF et RI afin de les adapter aux besoins nouveaux.

DÉFIS DE LA RÉGIE RÉGIONALE RELIÉS A LA CONSOLIDATION ET LA TRANSFORMATION DES RESSOURCES ACTUELLES

- Gérer la transformation avec les ressources d'hébergement actuelles dans le cadre d'un plan de transition;
- Limiter l'impact de la transformation sur la clientèle qui réside déjà dans ces ressources;
- Garantir les budgets nécessaires à la transformation.

4.2 *DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES RESSOURCES*

CONSIDÉRANT l'importance de compléter une gamme de ressources diversifiées et en quantité suffisante afin de répondre aux besoins évolutifs de la clientèle;

CONSIDÉRANT que la consolidation et la transformation des ressources existantes ne seront pas suffisantes pour assurer une réponse adéquate à l'ensemble des besoins;

CONSIDÉRANT l'iniquité du nombre de RNI par territoire de CLSC et par programme clientèle;

CONSIDÉRANT le peu de ressources spécialisées offrant des services aux personnes ayant des problématiques particulières;

CONSIDÉRANT que la volonté d'offrir une alternative à l'hébergement institutionnel conduit au développement des ressources plus légères et des services de maintien à domicile;

CONSIDÉRANT la nouvelle approche par programme clientèle;

CONSIDÉRANT que le maintien en milieu naturel augmente le niveau de complexité des situations lors de l'orientation de l'usager vers des ressources de type familial et des ressources intermédiaires;

CONSIDÉRANT que certaines ressources sont développées en l'absence ou en marge du cadre de référence RI,

Lors des assemblées du conseil d'administration des 17 mars et 28 avril 1999 (CARR-69) la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec a adopté la résolution suivante :

DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES RESSOURCES

- Que la Régie régionale priorise le développement des ressources non institutionnelles pour répondre aux besoins évolutifs de la clientèle tout en visant une équité par territoire de CLSC;

- Que la Régie régionale priorise les actions suivantes : le développement des services à domicile; la consolidation et la modernisation des ressources non institutionnelles existantes; le développement de nouvelles ressources publiques et non institutionnelles;

- Que la Régie régionale s'assure de l'application et du maintien du cadre de référence RI;

- Que la Régie régionale s'assure avec le ministère de la Santé et des Services sociaux que les ressources intermédiaires se conforment à toutes les lois et règlements les régissant;

- Que les leviers nécessaires à l'actualisation d'une gamme diversifiée de services des ressources d'hébergement soient assurés dans chaque territoire de CLSC, en fonction de la masse critique (ex. : mécanisme de concertation, marge de manœuvre financière, population pondérée).

DÉFIS DE LA RÉGIE RÉGIONALE RELIÉS AU DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES RESSOURCES

- S'assurer d'un développement diversifié et équitable des ressources non institutionnelles par territoire de CLSC, par programme clientèle;

- Prévoir un rehaussement de budget nécessaire à l'actualisation de la gamme des ressources non institutionnelles;

- Harmoniser les contrats des ressources déjà existantes établis en fonction des cadres de référence autres que celui des RI.

4.3 *SUPPORT, ENCADREMENT ET FORMATION*

CONSIDÉRANT que les ressources devront répondre à des besoins de plus en plus spécifiques et complexes;

CONSIDÉRANT la nécessité de garantir aux usagers un niveau optimal dans la qualité des ressources;

CONSIDÉRANT la transformation des pratiques du réseau;

CONSIDÉRANT les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie régionale;

CONSIDÉRANT la nécessité de renforcer la compétence des ressources,

CONSIDERANT la formation continue et l'enrichissement d'expertise des intervenants/ressources;

Lors des assemblées du conseil d'administration des 17 mars et 28 avril 1999 (CARR-69) la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec a adopté la résolution suivante :

SUPPORT, ENCADREMENT ET FORMATION

- De développer une philosophie commune, qui tient compte de l'ensemble des besoins, et une approche spécifique en fonction des programmes clientèles s'inscrivant dans les orientations actuelles et à venir du ministère de la Santé et des Services sociaux et celles de la Régie régionale;

- Définir des critères de qualité à partir d'un instrument d'évaluation propre à chaque programme clientèle;

- Que la Régie régionale, en concertation avec la table des directeurs généraux des établissements, évalue la possibilité de créer un mécanisme d'échange regroupant des intervenants/ressources du programme adulte/âgé;

- D'assurer la mise en place des programmes continus de formation adaptés et souples dans chacun des programmes clientèles en responsabilisant les établissements utilisateurs. Cette formation s'adresse tant aux intervenants qu'aux responsables;

- Que soit prévue une formation pour les intervenants et qu'une enveloppe budgétaire spécifique soit dégagée pour les intervenants et des responsables RI et RTF par programme clientèle.

DÉFIS DE LA RÉGIE RÉGIONALE RELIÉS AUX SUPPORT, ENCADREMENT ET FORMATION

- S'assurer d'un mécanisme de concertation interétablissements, interterritoires et interressources concernant la philosophie et l'approche;

- S'assurer que les programmes de formation soient adaptés aux besoins de la clientèle, des ressources et des établissements;

- Mettre en place des mesures incitatives à la formation;

- Implanter un mécanisme continu d'évaluation de la qualité;

- Définir les standards de qualité pour chaque programme clientèle.

4.4 PROCÉDÉS CLINIQUES ET ADMINISTRATIFS

CONSIDÉRANT la nécessité de s'assurer de l'application des normes et pratiques professionnelles en ressources non institutionnelles;

CONSIDÉRANT la modification des pratiques professionnelles et l'évolution rapide des outils d'évaluation et d'intervention;

CONSIDÉRANT certaines lourdeurs administratives pour l'accessibilité aux ressources,

Lors des assemblées du conseil d'administration des 17 mars et 28 avril 1999 (CARR-69) la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec a adopté la résolution suivante :

PROCÉDÉS CLINIQUES ET ADMINISTRATIFS

- Simplifier et harmoniser les outils d'évaluation, par programme clientèle, pour accélérer l'accessibilité aux RTF et RI;

- Définir un ratio intervenant/usager et intervenant/ressource en tenant compte des besoins des usagers permettant l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé (PII) ou d'un plan de services individualisé (PSI), s'il y a lieu pour chaque usager.

DÉFIS DE LA RÉGIE RÉGIONALE RELIÉS AUX PROCÉDÉS CLINIQUES ET ADMINISTRATIFS

- Opter pour un outil d'évaluation pour améliorer la qualité des services, faciliter l'accessibilité et éviter la duplication;
- Définir les normes et s'assurer d'une disponibilité professionnelle suffisante pour répondre aux besoins de la clientèle;
- Définir les normes administratives minimales aux RTF et aux RI.

4.5 FINANCEMENT

CONSIDÉRANT l'importance d'assurer un financement adéquat à l'ensemble des ressources;

CONSIDÉRANT la nécessité de développer des RNI pour supporter la transformation du réseau;

CONSIDÉRANT la nécessité de maintenir pour la prochaine décennie des ressources de qualité et capables de répondre aux besoins de la population;

CONSIDÉRANT le constat d'iniquité sur les différents territoires de CLSC et par programme clientèle;

CONSIDÉRANT l'importance de définir équitablement le budget par programme clientèle et par territoire de CLSC,

CONSIDÉRANT la concentration de clientèle dans certains territoires en raison de missions régionales;

CONSIDÉRANT les budgets spéciaux antérieurement accordés en réponse à des situations particulières;

CONSIDÉRANT que la transformation et la consolidation doivent se financer en fonction de trois types d'action soient la révision de l'offre de services, la transformation de ressources de type familial en ressources intermédiaires et le développement financier;

CONSIDÉRANT les travaux qui démontrent que la transformation nécessitera un investissement de développement important,

Lors des assemblées du conseil d'administration des 17 mars et 28 avril 1999 (CARR-69) la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec a adopté la résolution suivante :

FINANCEMENT

- Que le financement actuel soit maintenu;
- Qu'un financement supplémentaire soit attribué pour le programme clientèle santé physique pour répondre au virage ambulatoire (convalescence, soins palliatifs, MPOC, lits de transition) et qu'un budget de suivi soit disponible pour le centre hospitalier utilisateur;
- Qu'un financement supplémentaire soit accordé, pour le développement de nouvelles ressources, qu'après avoir tenu compte de la marge de manœuvre générée par la transformation de l'offre de service;
- Qu'un budget spécifique soit consacré à la transformation et à l'adaptation des ressources;
- Que soient établies des enveloppes budgétaires par programme clientèle avec responsabilité pour l'établissement gestionnaire et utilisateur de respecter l'équité territoriale;
- Que soit assuré l'équité des enveloppes budgétaires par programme clientèle, par territoire, tenant compte de l'héritage historique des différentes sous-régions;
- Que la nouvelle répartition budgétaire tienne compte des budgets spéciaux déjà alloués à certains établissements;
- Qu'un financement supplémentaire soit attribué pour les programmes clientèles déficience physique ainsi qu'alcoolisme et toxicomanie pour répondre au besoin d'hébergement de ces dits programmes et qu'il soit alloué aux établissements gestionnaires;
- Que les stratégies financières soient en conformité avec le plan de consolidation;
- Que la Régie régionale demande au ministère de la Santé et des Services sociaux de prendre les mesures nécessaires pour que les personnes à statut d'inscrit ne soient pas pénalisées financièrement par rapport aux personnes à statut d'admis.

DÉFIS DE LA RÉGIE RÉGIONALE RELIÉS AU FINANCEMENT

- Soumettre et obtenir un consensus des partenaires sur les critères d'équité établis par la Régie régionale;
- Établir des critères d'équité par programme clientèle à partir d'indices récents;
- Relativer les données en fonction des particularités sous-régionales;
- Tenir compte des coûts indirects reliés aux RTF et RI (services professionnels, formation);
- Identifier des sources de financement pour répondre aux nouveaux besoins du développement des nouvelles ressources;
- Prévoir et établir une période de transition;
- Considérer l'héritage historique et les budgets spéciaux accordés dans le passé uniquement sur une base temporaire.

4.6 RÉSIDENCES PRIVÉES

CONSIDÉRANT l'importance de développer avec ses partenaires des relations étroites et harmonieuses;

CONSIDÉRANT qu'il existe un réseau de plus de trois cents (300) résidences privées dans la région;

CONSIDÉRANT qu'une large majorité de ces dites résidences sont à but lucratif et constituent par conséquent une activité commerciale;

CONSIDÉRANT que les services offerts peuvent être dispensés par le personnel de la résidence, par des personnes de l'extérieur rémunérées à l'acte et par des intervenants du réseau;

CONSIDÉRANT que les résidences privées devraient accueillir des personnes autonomes et en légère perte d'autonomie ayant des besoins et des attentes très variées;

CONSIDÉRANT que les résidences privées peuvent fournir, en plus du gîte et du couvert, d'autres services d'assistance;

CONSIDÉRANT que certains usagers préfèrent acheter des services de soins médicaux et infirmiers;

CONSIDÉRANT la définition de « domicile » dans le cadre de référence ministériel « Les services à domicile de première ligne »(1994),

Lors des assemblées du conseil d'administration des 17 mars et 28 avril 1999 (CARR-69) la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec a adopté la résolution suivante :

RÉSIDENCES PRIVÉES

- Que les personnes qui vivent en résidence privée puissent avoir accès à tous les services à domicile offerts par le réseau public aux personnes maintenues dans le milieu de vie. Cependant sont exclus les services offerts par entente contractuelle entre la résidence privée et le résident;

- Les services à domicile offerts par le réseau public sont dispensés dans la mesure où ils sont disponibles au CLSC, selon les prescriptions médicales ou selon une évaluation faite par le CLSC, conformément à sa mission. Le CLSC dispense les services suite à l'évaluation des besoins;

- Prendre acte des travaux régionaux relativement au Cadre de référence concernant les résidences privées d'hébergement;

- Mandater la Régie régionale pour mener les travaux en lien avec les orientations du Plan de consolidation qui vise à définir et à établir un système d'agrément en collaboration avec le milieu municipal et les associations de résidences privées.

DÉFIS DE LA RÉGIE RÉGIONALE RELIÉS AUX RÉSIDENCES PRIVÉES

- Voir à l'application du cadre de référence adopté;

- S'assurer de l'adhésion des différents acteurs concernés;

- Offrir un mécanisme de recours aux résidents par le biais de la signature du protocole d'entente.

4.7 NOUVEAUX MODÈLE DE GESTION

CONSIDÉRANT que les orientations ministérielles et de la Régie régionale obligent le réseau de la santé et des services sociaux à revoir son organisation de services;

CONSIDÉRANT l'objectif de maintenir la personne dans la communauté et la nécessité de mettre en place des ressources diversifiées plus légères et avec une qualité de service qui répond à ses besoins évolutifs de la clientèle;

CONSIDÉRANT qu'il existe neuf établissements gestionnaires sur le territoire et deux établissements traiteurs;

CONSIDÉRANT une optique d'allégement des procédures et de décentralisation des responsabilités;

CONSIDÉRANT les difficultés rencontrées à cause de la mixité de la clientèle desservie par plusieurs établissements gestionnaires;

CONSIDÉRANT la nécessité de renforcer la concertation territoriale;

CONSIDÉRANT la nécessité de rendre imputable l'ensemble des établissements utilisateurs;

CONSIDÉRANT qu'il n'existe aucun mandat régional pour le programme personnes âgées en perte d'autonomie;

CONSIDÉRANT qu'à la lumière de la consultation l'ensemble des établissements du programme personnes âgées en perte d'autonomie souhaite se conformer aux orientations ministérielles en matière de services intégrés sur une base locale;

CONSIDÉRANT et compte tenu de la volonté de la Régie régionale de se baser sur le concept d'une seule région sociosanitaire,

Lors des assemblées du conseil d'administration des 17 mars et 28 avril 1999 (CARR-69) la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec a adopté la résolution suivante :

NOUVEAU MODÈLE DE GESTION

- Que le personnel professionnel intervenant/ressource et intervenant/suivi des établissements ayant une mission régionale demeure déconcentré dans les territoires.

- D'adopter un nouveau modèle de gestion par profil clientèle à savoir :
  a) Déficience intellectuelle et autisme : CSDI;
  b) Enfance-jeunesse-famille : Les Centres jeunesse;
  c) Santé physique, personnes âgées en perte d'autonomie et déficience physique : un établissement avec mission d'hébergement par territoire ou par regroupement interterritoires selon la volonté des établissements concernés;
  d) Santé mentale ainsi qu'alcoolisme et toxicomanie : CHCM;

- D'adopter un nouveau modèle clinico-administratif qui précise les rôles et les responsabilités des établissements gestionnaires, des établissements utilisateurs, d'un établissement traiteur et de la Régie régionale.

DÉFI DE LA RÉGIE RÉGIONALE RELIÉ AU NOUVEAU MODÈLE DE GESTION

- Obtenir l'adhésion par consensus de l'ensemble des établissements concernant :

  - Le nouveau modèle de gestion;
  - La définition des rôles et des responsabilités;
  - La nomination des établissements gestionnaires et de l'établissement traiteur;
  - La répartition équitable des ressources humaines et financières.

4.8 *SYSTÈME D'INFORMATION RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL (SIRTF)*

CONSIDÉRANT l'impératif d'avoir un système d'information efficace entre les différents partenaires et la nécessité de supporter la gestion des ressources de type intermédiaire et familial;

CONSIDÉRANT le grand nombre de données à gérer concernant les usagers et les ressources intermédiaires et de type familial;

CONSIDÉRANT l'intégration éventuelle à un technocentre régional;

CONSIDÉRANT que le système actuel d'information et de gestion est désuet mais doit être maintenu jusqu'à l'implantation du nouveau système;

CONSIDÉRANT qu'il existe deux établissements traiteurs,

Lors des assemblées du conseil d'administration des 17 mars et 28 avril 1999 (CARR-69) la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec a adopté la résolution suivante :

SYSTÈME D'INFORMATION RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL (SIRTF)

- D'implanter le système d'information de ressources de type familial (SIRTF) et de confier la gestion à un technocentre ou à un établissement.

DÉFIS DE LA RÉGIE RÉGIONALE RELIÉS AU SYSTÈME D'INFORMATION RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL (SIRTF)

- Que la Régie régionale s'assure que le logiciel SIRTF (volet paiement des ressources) soit plus performant que les systèmes actuels en opération;
- Que la Régie régionale assure le financement pour l'acquisition du système, sa mise en place dans chacun des territoires de CLSC et son opérationnalisation;
- Que la Régie régionale établisse une période de transition suffisante pour maintenir l'efficacité du système de paiement des ressources RTF;
- Que la Régie régionale s'assure que soient développées des interfaces entre les différents logiciels (ex. : SICHEL,SIMAD, outils multiclientèles, etc.) et en assume les coûts.

4.9 *ORGANISMES SANS BUT LUCRATIF (OSBL)*

CONSIDÉRANT la nécessité de développer avec ses partenaires des relations étroites et harmonieuses;

CONSIDÉRANT que des idées diversifiées, originales et novatrices concernant l'hébergement émergent aussi de ce milieu,

Lors des assemblées du conseil d'administration des 17 mars et 28 avril 1999 (CARR-69) la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec a adopté la résolution suivante :

ORGANISMES SANS BUT LUCRATIF (OSBL)

- Que les organismes communautaires et les OSBL (organismes sans but lucratif) puissent établir un contrat avec un établissement du réseau s'ils respectent les modalités et les balises prévues au cadre de référence RI, 1997, pour agir à titre de ressource intermédiaire;

- Que le concept d'hébergement temporaire prévu à l'article 336 de la loi, soit discuté dans le cadre des travaux régionaux sur l'hébergement communautaire annoncés dans le Plan de consolidation.

- Que la balise devant déterminer la durée maximale de l'hébergement temporaire dans un organisme communautaire soit définie dans le cadre de travaux prévus au Plan de consolidation relativement à l'élaboration d'un cadre de référence des organismes communautaires.

DÉFIS DE LA RÉGIE RÉGIONALE RELIÉS AUX ORGANISMES SANS BUT LUCRATIF (OSBL)

- Établir une relation de confiance et de collaboration entre les organismes communautaires d'hébergement et le réseau public;
- S'assurer de l'application des conditions et des balises concernant l'hébergement communautaire en fonction de l'organisation des services régionaux;
- Définir les règles de développement et de financement relatives aux organismes qui offrent des services d'hébergement.

4.10 CONCERTATION

CONSIDÉRANT un contexte où les acteurs doivent constamment s'ajuster aux besoins en évolution et à un environnent changeant;

CONSIDÉRANT la concertation régionale comme étant le meilleur moyen de mobiliser les compétences et le dynamisme des personnes impliquées pour les mettre aux services de l'amélioration continue des ressources et des processus;

CONSIDÉRANT la nécessité de faire participer les différents acteurs à la définition des besoins de la clientèle et aux décisions relatives à l'organisation des services;

CONSIDÉRANT l'importance d'un consensus régional qui laisse place aux réalités locales;

CONSIDÉRANT que l'hébergement est rattaché aux différents programmes clientèles, mais organisé en fonction des différents territoires de CLSC,

Lors des assemblées du conseil d'administration des 17 mars et 28 avril 1999 (CARR-69) la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec a adopté la résolution suivante :

CONCERTATION RÉGIONALE

- Que le Régie régionale crée des mécanismes de concertation régionale entre les associations d'hébergement et les établissements par programme clientèle;
- Qu'elle mandate les établissements gestionnaires territoriaux à faire de même dans leur territoire respectif.

DÉFIS RELIÉS À LA CONCERTATION RÉGIONALE

- Reconnaître l'expertise par territoire de CLSC;
- Établir des mécanismes continus d'échange et de coordination par territoire de CLSC et au niveau de la région.

4.11 TRANSITION

CONSIDÉRANT la nécessité de gérer efficacement et avec continuité la transition liée à l'application de l'ensemble des recommandations du comité de pilotage stratégique;

CONSIDÉRANT l'importance d'adapter la situation actuelle des RNI aux nouvelles réalités du réseau;

CONSIDÉRANT que l'ensemble du dossier des ressources non institutionnelles se situe dans une perspective systémique;

CONSIDÉRANT la nécessité de prévoir des mécanismes de concertation visant l'équité professionnelle et le partage des ressources humaines;

CONSIDÉRANT l'importance de se doter d'une politique efficace et efficiente dans le transfert intrarégional et interrégional des usagers;

CONSIDÉRANT la nécessité d'implanter de nouveaux rôles et responsabilités des établissements gestionnaires et utilisateurs;

CONSIDÉRANT la nécessité de gérer l'implantation du nouveau modèle de gestion des ressources intermédiaires;

CONSIDÉRANT l'importance des travaux sur les ressources non institutionnelles disponibles au réseau public et leur impact sur le personnel salarié du réseau,

Lors des assemblées du conseil d'administration des 17 mars et 28 avril 1999 (CARR-69) la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec a adopté la résolution suivante :

TRANSITION

- Que la Régie régionale se dote d'un plan d'actualisation s'échelonnant sur une période de trois ans, pour la réalisation des recommandations tout en s'harmonisant avec les travaux régionaux RI;

- Que la Régie régionale initie une démarche auprès de la Conférence des régies afin qu'elle développe une politique des transferts interrégions et ce, pour tout programme clientèle;

- Que la Régie régionale forme un comité régional en partenariat avec des représentants d'établissements, des représentants des ressources non institutionnelles et des usagers avec possiblement la formation de groupes de travail ayant des mandats spécifiques pour la réalisation des recommandations retenues;

- Que la Régie régionale forme un comité régional en partenariat avec les associations syndicales et les établissements afin d'analyser les effets possibles de la transformation sur le personnel.

DÉFIS DE LA RÉGIE RÉGIONALE RELIÉS À LA TRANSITION

- Prioriser les recommandations par programme clientèle avec échéancier;

- Harmoniser le plan d'actualisation des travaux régionaux RNI avec le plan d'implantation des RI.

CONCLUSION

L'organisation clinico-administrative actuelle des ressources non institutionnelles de la région ne peut répondre pleinement aux grands défis que posent les orientations ministérielles, le plan de transformation de la Régie régionale et l'émergence de nouveaux besoins en hébergement.

Afin de répondre aux défis mentionnés ci-dessus, le comité de pilotage stratégique a fait une démarche systémique permettant d'évaluer, de cerner et de proposer des modifications à l'ensemble des ressources non institutionnelles. Ce comité soutient le but ultime : répondre aux besoins d'hébergement des usagers.

Concernant les ressources de type familial et les ressources intermédiaires, il s'avère important de procéder à une transformation de certaines ressources actuelles et de voir au développement de nouvelles ressources. Cette consolidation et ce développement sont devenus nécessaires pour répondre à la transformation du réseau, au mode de pratiques professionnelles ainsi qu'au maintien, dans la communauté, de personnes en grand besoin de services. Les procédés cliniques et administratifs ainsi que le support, l'encadrement et la formation doivent être rehaussés et considérés dans la perspective des nouveaux rôles que la Régie régionale désire voir confier aux ressources de type familial et aux ressources intermédiaires.

Au chapitre des finances, le comité de pilotage stratégique doit se rendre à l'évidence qu'il n'a pu réaliser à sa satisfaction la totalité de son mandat. De fait, la difficulté à définir des bases d'information et de gestion, ajoutée aux spécificités de chacun des établissements n'ont pas permis de disposer d'une information complète et crédible pour analyser la situation financière et faire des recommandations concernant l'équité financière. Voilà pourquoi le comité de pilotage stratégique rappelle l'importance de poursuivre les travaux concernant l'aspect financier de la gestion des RNI. Toutefois, des recommandations ont été suggérées pour maintenir le financement actuel, obtenir un financement supplémentaire, pour développer de nouvelles ressources et pour assurer la transformation et l'adaptation des ressources existantes.

Le développement du secteur privé d'hébergement place la région devant une situation acquise avec laquelle il faut composer. Au terme de ces travaux, le Conseil d'administration de la Régie régionale demande de mener des travaux en lien avec les orientations du *Plan de consolidation* qui vise à définir et à établir un système d'agrément en collaboration avec le milieu municipal et les associations de résidences privées. L'application des mesures précises du cadre de référence est susceptible d'améliorer d'une façon significative et importante la complémentarité entre le réseau public et le réseau privé d'hébergement. Il appartient à la Régie régionale de favoriser la concertation et la collaboration entre les diverses instances concernées.

En ce qui a trait au modèle de gestion, le conseil d'administration adopte un modèle de gestion. Celui-ci répond aux besoins de la transformation du réseau ainsi qu'aux notions d'efficience et d'efficacité. Les rôles et les responsabilités des établissements utilisateurs, des établissements gestionnaires, du traiteur et de la Régie régionale sont aussi à actualiser.

De plus, une démarche de consultation a été réalisée et a déjà amorcé une interaction positive entre les différents acteurs afin d'assurer la réalisation du « Virage Qualité de Vie ».

En terminant, la Régie régionale se doit de mettre en place des mesures de transition devant harmoniser la transformation des ressources non institutionnelles. La recommandation 11 concernant le plan triennal précise les modalités de cette transition.

BIBLIOGRAPHIE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Les ressources intermédiaires, cadre de référence*, direction de la planification et de l'évaluation, version préliminaire.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC (1999). *Plan de consolidation 1999-2002.*

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MAURICIE-BOIS-FRANCS (1997). *La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie–Bois-Francs – Décisions 1996*, Trois-Rivières/Québec.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MONTRÉAL-CENTRE (1998). *Cadre de référence concernant les ressources d'habitation privée.*

TABLE DES REGROUPEMENTS PROVINCIAUX D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET BÉNÉVOLES ET REGROUPEMENT INTERSECTORIEL DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE MONTRÉAL (1996). *Cadre de référence des organismes communautaires d'hébergement.*

ANNEXE 1 : LISTE DES GROUPES, INDIVIDUS ET ORGANISMES AYANT FAIT PART DE LEURS COMMENTAIRES SUR LES RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES

Association québécoise des retraités et des préretraités (AQDR) Drummond
Association des ressources adultes et personnes âgées du Québec (ARAPAQ)
Association des centre d'accueil privés autofinancés inc. (ACAPA)
Association des résidences privées
Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ)
Carrefour de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice
Centres d'action bénévole (CAB)
Centre de réadaptation InterVal
Centre de services en déficience intellectuelle (CSDI)
Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie (CHCM)
CHSLD Cœur-du-Québec
CHSLD de la MRC d'Arthabaka
CHSLD du Centre Mauricie
CLSC du Centre-de-la-Mauricie
CLSC Les Forges
CLSC Suzor-Coté
CLSC-CHSLD de l'Érable
CLSC-CHSLD Les blés d'or
Conseil régional des centres d'hébergement
Domrémy 04
Fédération de la santé et des services sociaux (CSN)
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ)
Hôpital Sainte-Croix
Info Résidence
Intervenantes ressources
La personne d'Abord de Drummondville
La Villa des Sablois inc.
La Villa du domaine St-Grégoire
Le Havre
Les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Les Marronniers
Maison Carpe Diem
Maison Habitaction
M. Marcel B. Lemay
Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)
Projet SOS Ressources

Regroupement des associations des résidences d'accueil Mauricie Bois-Francs (RARA)
Regroupement régional AQDR
Regroupement Cloutier–Du rivage
Regroupement de la santé et des services sociaux de la MRC de Maskinongé

Ressources de type familial (RTF) (3)
Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers de Trois-Rivières (SPII3R)
Table de concertation « abus auprès des aînés » du Trois-Rivières métropolitain inc
Table sectorielle des aînés Nicolet-Yamaska
Table régionale des organismes communautaires (TROC) Centre du Québec / Mauricie

ANNEXE II : DÉFINITIONS POUR CATÉGORISER PAR PROGRAMME CLIENTÈLE

Déficience physique ou intellectuelle

Est reconnue comme personne handicapée toute personne qui à la suite d'une déficience présente une incapacité significative et persistante et qui vit ou est à risque de vivre des situations de handicap.

Certaines personnes ont besoin d'un haut niveau de protection et d'encadrement et parfois d'un niveau d'intensité de soins que les proches ou les services de soutien à l'intégration ne peuvent pas assumer de façon entièrement satisfaisante dans leur milieu résidentiel naturel. Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial présentent de telles conditions dans un contexte s'apparentant le plus possible à un milieu de vie naturel.

Santé mentale

Une personne sera catégorisée en santé mentale lorsque la majeure de son problème se décrira de la façon suivante :

- Personne dont la santé mentale est menacée de façon ponctuelle (ex. : enfant battu, femme victime de violence conjugale).
- Personne présentant des troubles de santé mentale transitoires (ex. : dépression).
- Personne ayant des troubles de santé mentale sévères et persistants (ex. : schizophrénie, psychose).

Personnes de 65 ans et plus en perte d'autonomie

Qu'est-ce que la perte d'autonomie?

Personne qui présente des *incapacités* bio-psycho-sociales significatives dues à une ou des *pathologie(s)* aiguë(s) ou chronique(s).

Elle présente habituellement une combinaison des facteurs suivants : incontinence, immobilité, instabilité (chutes), problèmes psychiques (dépression, pertes cognitives), problèmes iatrogènes (surmédication et autres).

Ce n'est pas tellement la nature de ses incapacités qui font qu'une personne devienne en perte d'autonomie mais leur *simultanéité* et surtout leur *répercussion fonctionnelle.*

À cette description déjà lourde, il faut ajouter *l'insuffisance des ressources* personnelles et l'épuisement du réseau de soutien naturel.

Généralement, nous retrouvons ces caractéristiques à partir de 65 ans. Cependant, exceptionnellement, ça arrive chez des plus jeunes. Pour ces quelques cas, ils sont intégrés au programme clientèle personnes âgées en perte d'autonomie.

Au fond, il faut bien séparer la santé mentale et les déficiences physique et intellectuelle dans un premier temps. Lorsque les personnes de ces programmes clientèles atteignent les 65 ans, *elles demeurent dans leur programme clientèle* respectif à moins que leur profil se transforme de façon *très très et encore très significative* en perte d'autonomie.

C'est une évaluation faite par des professionnels du réseau des aînés qui doit le confirmer et non par ceux des autres programmes clientèles.

Source : Régie régionale, 1997